سلسلة علم النفس

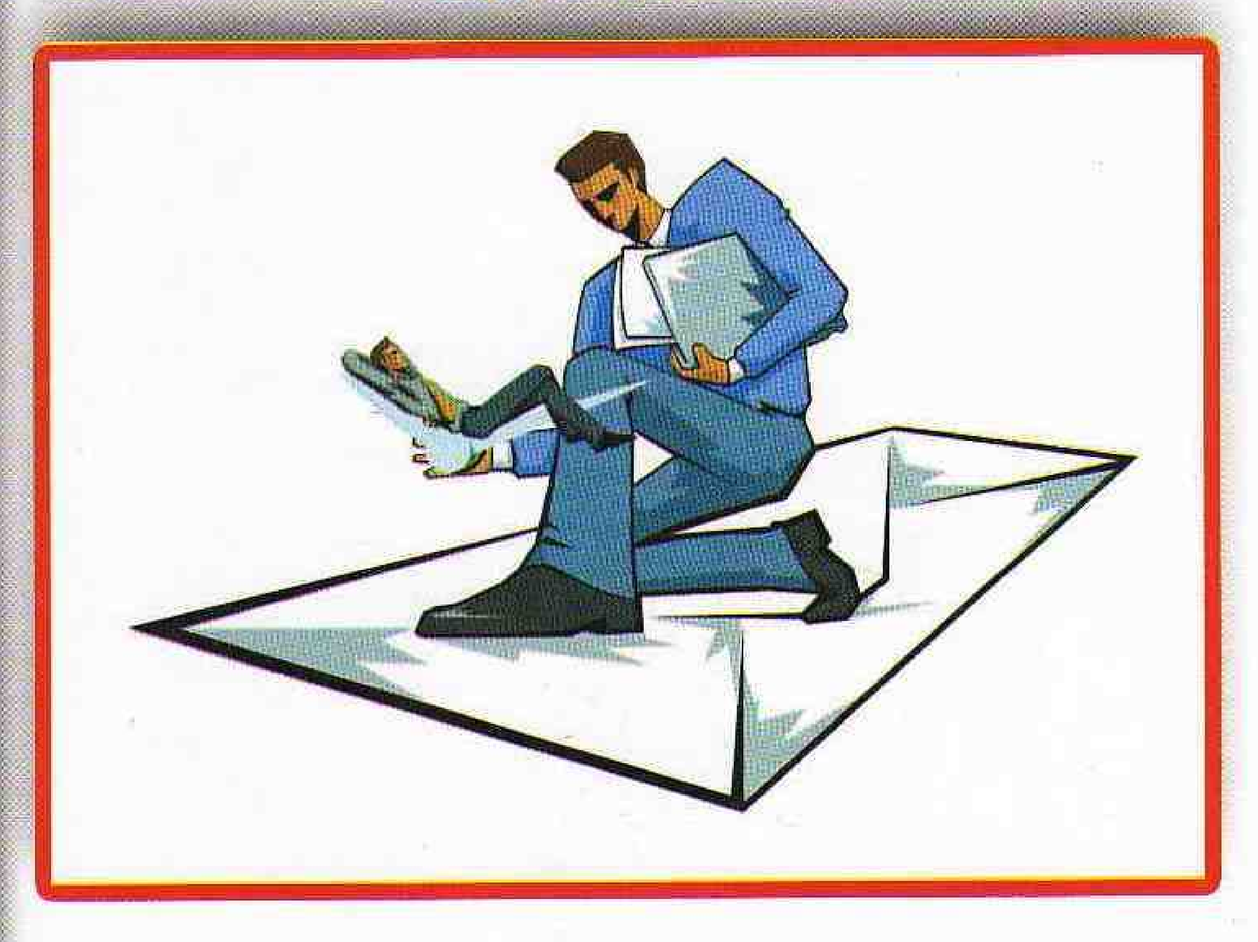


# علم النفس الإكلينيكي





تأليف
دكتور / حسين فايد









الناشر
مؤسسة حورس الدولية
للنشر والتوزيع
١٤٤ ش طيبة - سبورتنج - الإسكندرية
ت . ف : ٥٩٢٢١٧١ - ت ٥٩٣٠٥٩٨

مدير النشر
مصطفى غنيم

رقم الإيداع بدار الكتب
١٩٨٢٤ / ٢٠٠٤

الترقيم الدولى I.S.B.N
977-358-054-1

الطبعة الأولى
٢٠٠٥

الإخراج وفصل الألوان
وحدة التجهيزات الفنية بالمؤسسة

اسم المؤلف: د. / حسين فايد
اسم الكتاب: "علم النفس الإكلينيكى"
جرافيك: أحمد أمين
إخراج فنى: سعيد شحاته
مراجعة لغوية: عبد الرحمن الجبالى

# تقديم

يعتبر الكتاب الذى بين أيدينا (علم النفس الإكلينيكى) هو بمثابة الكتاب الثالث الذى يهتم بموضوع الاضطرابات العقلية ذات العالم المثير للاهتمام. فإذا كان كتابنا الأول فى الاضطرابات العقلية (الاضطرابات السلوكية) قد إهتم بتشخيص الاضطرابات العقلية وفقاً للمعايير التشخيصية الواردة في دليل التشخيص الإحصائى الرابع (DSM - IV, 1994) وإلقاء بعض الضوء على أسبابها وعلاجها، وإذا كان كتابنا الثانى فى مجال الاضطرابات العقلية (علم النفس المرضى) قد اهتم بعرض ومناقشة التوجهات النظرية المفسرة للاضطرابات العقلية، فإن الكتاب الحالي المعنون بعنوان (علم النفس الإكلينيكي: البحث والممارسة) إنما يهتم بعملية البحث وكذلك عملية الممارسة فى المجال الإكلينيكى الذى يهتم بالاضطرابات العقلية .

فعلم النفس الإكلينيكى هو أحد المجالات التطبيقية الهامة لعلم النفس، وهو يعنى أساساً بمشكلة توافق الإنسان بهدف مساعدته ليعيش فى رفاهية وأمن، خالياً من الصراعات النفسية والقلق. ويتميز علم النفس الإكلينيكي عن غيره من المجالات الأخرى التى تركز على مظهر معين من مظاهر التوافق، كما هو الحال فى التوافق المهنى أو أمراض الكلام. ورغم ذلك، فأحياناً يوجد تداخل كبير فى الاهتمامات كما هو الحال بين علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي، فكل منهما يتناول بالبحث الخصائص العريضة للاضطراب العقلي، ولكن الخلاف هنا لايحدث على الأغلب فى التطبيق، وإنما يحدث فى إعداد وتدريب الممارسين، وفى نوع المنهج الذى يُستخدم فى بحث المشكلات. ويشير نوع المنهج إلى التوجه النظرى الذى هو جزء من نوع التدريب الخاص الذى يتعرض له الممارس. فمن خصائص الأخصائيين النفسيين، مثلاً، أن يبحثوا

الاضطرابات العقلية على أنها نتائج للخبرات المبكرة فى الطفولة أو التعلم، فى حين أن أطباء الاضطرابات العقلية (السيكاتريين) فيبحثون هذه الاضطرابات باعتبارها اضطرابات خاصة تحتاج إلى علاج خاص. وحتى فى هذا الشأن نجد تداخلاً كبيراً بين المجالين فى بحثهما لكثير من المشكلات .

ولعلم النفس الإكلينيكى فى مجال الاضطرابات العقلية تاريخ قديم يمكن معرفة جذوره فى عدد من المراجع الأخرى (أنظر مثلاً: لويس مليكة ١٩٨٠(*)، وجوليان روتر ١٩٨٩)(**)، ولكن مايهمنا هنا هو أن علم النفس الإكلينيكى قد تأثر فى نشوئه بمجالين هامين من مجالات الدراسة. المجال الأول هو دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية والتخلف العقلى التى كانت تحظى باهتمام كثير من الأطباء الفرنسيين والألمان مثل لويس روستان L. Rostan، وجان شاركو J.Charcot، وإميل كرابلين E. Kraeplin ، وإرنست كريتشمر E. Kretschmer ، وبيير جانيه P. Janet وغيرهم. والمجال الثانى هو دراسة الفروق الفردية التى حظيت باهتمام فرانسيس جالتون F. Galton ، وجيمس ماكين كاتل J. M. Cattell وألفرد بينيه A. Pinet وتيوفيل سيمون T. Simon، ومن جاء بعدهم من علماء النفس الذين إهتموا ببناء الاختبارات النفسية وإستخدامها فى أغراض تطبيقية كثيرة .

وقد مر علم النفس الإكلينيكى فى تطوره بمراحل مختلفة. فقد كان اهتمام علماء النفس الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية مقتصراً فى

(*) لويس مليكة. (١٩٨٠) «علم النفس الإكلينيكى»، الجزء الأول، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

(**) جوليان روتر (١٩٨٩). علم النفس الإكلينيكى «الطبعة الثالثة»، ترجمة عطية هنا، مراجعة محمد نجاتى، القاهرة، دار الشروق .

الأغلب على دراسة مشكلات الأطفال. وكانت وظيفتهم الرئيسية هى دراسة حالة الأطفال المشكلين، وتطبيق الاختبارات النفسية عليهم لقياس قدراتهم العقلية بغرض تقديم بعض التوصيات للآباء أو المدرسين أو الأطباء المعالجين أو المؤسسات المسؤولة عن الأحداث الجانحين .

وحدث تطور كبير فى علم النفس الإكلينيكى أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها . فقد تسببت الحرب فى كثرة عدد المصابين باضطرابات نفسية، ووجد الأطباء أنهم لايستطيعون لقلة عددهم مواجهة أعباء العلاج النفسى لهذا العدد الضخم من المصابين بالاضطرابات النفسية، مما أدى إلى زيادة الاهتمام بعلماء النفس الإكلينيكيين والاتجاه إليهم ليساهموا فى علاج المصابين باضطرابات نفسية .

وهكذا بدأ علماء النفس الإكلينيكيون يعتنون بالعلاج النفسى للكبار بعد أن كان معظم إهتمامهم مقتصراً من قبل على العلاج النفسى للأطفال .

ونظراً لأهمية علم النفس الإكلينيكى وإعتباره أسرع العلوم التطبيقية تطوراً من بين العلوم الإنسانية، فقد اجتهد العديد من المؤلفين فى إرساء مؤلفات قيمة فيه، و لكنها كانت أكثر شمولاً لما يجب معرفته فى علم النفس الإكلينيكى، الأمر الذى يجعل المؤلف يعرض كل شىء عرضاً خفيفاً يضحى بالعمق فى سبيل الشمول .

وفى الكتاب الحالى فى مجال علم النفس الإكلينيكى، إنما يركز المؤلف على مجالين أساسيين فى علم النفس الإكلينيكى، وهما عملية البحث وعملية الممارسة حيث يتضمن الكتاب بابين رئيسيين يختص كل منهما بإحداهما، ويتضمن على مجموعة من الفصول التى تعالج كل عملية منهما .

فيختص الباب الأول بعملية البحث، ويتضمن أربعة فصول، يختص الفصل الأول بالقضايا الفلسفية والمهنية والشخصية فى البحث العلمى،

ويختص الفصل الثانى بطرق التقرير الذاتى، ويختص الفصل الثالث بأسس التصميم، وأخيراً يختص الفصل الرابع فى هذا الباب بتصميمات بأشخاص قليلين .

أما الباب الثانى، فيختص بعملية الممارسة، حيث إهتم الفصل الخامس بالأخصائى النفسى الذى يقوم بالممارسة من حيث تعليمه وتدريبه والضغوط الواقعة عليه، أما الفصل السادس، فقد إختص بعملية التقييم والتفسير والتشخيص والحكم الإكلينيكى، ويختص الفصل السابع بالقياسات فى الممارسة الإكلينيكية حيث تضمن مجموعة لم يتم تناولها فى الفصل السادس، وقد إختص الفصل الثامن بالعلاج النفسى ومدارسه المتنوعة والعوامل الثقافية التى تؤثر فيه، ثم إختتمنا الباب الثانى والكتاب بالفصل التاسع والذى إختص بعرض التحدى الخاص بمقابلة عميل جديد.

وقد فضل المؤلف وضع قائمة المراجع التى استعان بها فى نهاية كل فصل، وذلك لإتاحة الفرصة للقارئ الذى يريد أن يعمق معرفته فى موضوع معين بأن يرجع إلى المرجع الأساسى فى الموضوع المقصود، كما حرص المؤلف على وضع بعض المصطلحات الإنجليزية المقابلة للمصطلحات العربية التى تحمل ترجمتها حتى تسهل للقارئ معنى المصطلح .

ولعل محتويات الكتاب بهذا الشكل قد تساعد الباحثين فى مجال علم النفس الإكلينيكى على إجراء بحوثهم النفسية الإكلينيكية مستفيدين مما جاء فى متن هذا الكتاب، كما قد تساعد الأخصائيين النفسيين المهنيين الذين يعملون فى المؤسسات النفسية الإكلينيكية .

**والله من وراء القصد،،**

**حسين على فايد**

مدينة ٦ أكتوبر ٢٠٠٤

# الباب الأول

## (عملية البحث)

## Resarch Process

**الفصل الأول** : القضايا الفلسفية والمهنية والشخصية فى البحث العلمى .

**الفصل الثانى** : طرق التقرير الذاتى .

**الفصل الثالث** : أسس التصميم .

**الفصل الثالث** : تصميمات بأشخاص قليلين .

# الباب الأول

## عملية البحث

## Research Process

يخبرنا البحث بقصة. وعلى نحو مثالي، يشبه قصة سرية، تبدأ بلغز وتنتهي بحل. والباحثون لديهم مشكلة يريدون فحصها والقصة سوف تصل لنهايتها السعيدة إذا ماوُجد حلاً لتلك المشكلة .

وفي الممارسة لاتكون الأشياء، مع ذلك، بسيطة هكذا، بل معقدة في الحقيقة، وغالباً لايجيب مشروع بحث على السؤال المبدئي، وفضلاً عن ذلك يخبرك أنك كنت تسأل السؤال الخاطئ في المحل الأول، أو أن الطريقة التي ذهبت بها بخصوص إجابته كانت مدركة بشكل سيء. ولذلك، ففي المرة الثانية، تحاول أن تجيب على سؤال أفضل بدراسة مصممة على نحو أفضل، وهكذا. والطريقة الثانية لوصفها هي أنه توجد قصص في نطاق قصص. إن كل مشروع بحث فردى يخبر بقصة واحدة، وسلسلة المشروعات التي يجريها باحث أو مزيف بحث تكون قصة أكبر. وتطور مجال البحث الكلي هو قصة أكثر من ذلك. ويستمر هذا التقدم إلى مستوى تاريخ الأفكار على مر القرون.

ولكن كيف ينمو مجال بحثي على مر الزمن؟ فهذا يتضح في مقال بواسطة هامان (Hamman, 1992) بعنوان «أحداث الحياة والاكتئاب»: حبكة القصة تزداد سمكاً، وتُلمح إلى ناحية البحث الخاصة بقصة اللغز. ويلخص المقال برنامج بحث المؤلفة (الباحثة) والذى يبلغ مداه عشرين عاماً في الاكتئاب. إنها تناقش كيف أن بحثها الأصلى نُسج على نماذج معرفية مبسطة

نوعاً ماخاصة بالاكتئاب (على سبيل المثال، الاكتئاب يتسبب عن طريق تقديرات سلبية للأحداث) وقد قادتها نتائج الدراسات المبكرة إلى تعديل هذه النماذج (على سبيل المثال، لنأخذ فى الاعتبار أن تقديرات الناس للأحداث قد تكون سلبية لأن الأحداث نفسها سلبية). وهكذا تسأل أسئلة أكثر تعقيداً. وفى الوقت الحالى، يعمل فريقها البحثى بنماذج أكثر صقلاً وتعقيداً، وتأخذ فى الاعتبار أن الناس قد يلعبون دوراً فى تسبيب أحداث الحياة التى تحدث لهم .

والطريقة الأخرى التى لاتكون فيها الأشياء بسيطة، هى تلك التى لايوافق كل الأكاديميين على مايكون قصة مشروعة. والموقف فى علم النفس مشابه للتطورات فى الكتابات عن الموضوع. فمن ناحية هى القصة التقليدية الشبيهة نوعاً ما برواية فيكتورية، التى لها بداية ووسط ونهاية، ويتوقع أنها تقدم إنعكاساً أكثر أو أقل ملخصاً للحقيقة. ومن ناحية أخرى، نواجه روايات لاتتبع سياقاً زمنياً مرتباً أو مرتبطاً بنظام فى النهاية. وعلاوة على ذلك، قد لاتدعى أنها تمثل أو حتى قد ترفض فكرة الحقيقة. كما حدث إنتقال مماثل فى الفنون البصرية، على سبيل المثال، فى حركة الصور الزيتية من فن تمثيلى إلى فن غير تمثيلى .

وتعكس هذه التطورات فى الإنسانيات تطورات عقلانية عامة على مدى القرن العشرين التى لها تشعبات عبر فروع كثيرة فى الثقافة الأوربية والمتحدثة بالإنجليزية، سواء فنية أو علمية. ويسير علم النفس الإكلينيكى أو الإرشادى – ميدان إهتمامنا الخاص – حالياً خلال جدال عنيف بخصوص طبيعة البحث. بمعنى ماهى هذه القصص التى نستطيع أن نسميها بحثاً وماهى التى تكون شيئاً آخراً؟ إن عدداً من الأكاديميين من الأركان المتنوعة للمادة العلمية (أنظر

مثلاً: (Howard, 1991' Kelly, 1990, Carloson, 1972) قد شكوا في صدق ونفع صورة علم النفس الخاصة بالقصة التقليدية، التي كانت تسمى «بحث»، «رأى متلقى» Received View أو «مثال قديم» Old Paradigm : أساساً مجال كمي، فردي - استنباطي، يعتمد على نماذج سببية. وهم ينادون بتكراره (أو على الأقل إضافية) مع مجال للبحث أكثر كيفية، وموجه نحو الاكتشاف غير الخطي .

وهذا المجال، كما بين كيمبل (Kimble, 1984) إظهار معاصر لفصل بين طرق التفكير الجامدة والمرنة التي هي نفسها ترجمة إلى اصطلاحات نفسية للجدال القديم في الفلسفة فوق العقلانية مقابل الإجرائية Over Ralionalism Versus empiricism . ومع ذلك، فإنه من المبسط النظر إلى هذ الفصل كثنائي التشعب Dichotomy، مع الباحثين الذين يكونوا إما في حرم الجامعة أو آخر. وإنه من الأفضل النظر إليه باعتباره مركباً من أبعاد إتجاه ثنائية القطبية، على سبيل المثال، تفضيلات بالنسبة لطرق كيفية مقابل كمية Qualitative versus quantitative ، أو استكشافية مقابل تأكيد لأسئلة البحث Exploratory Versus confirmatory research questions.. وهكذا (Kimble, 1984) .

وإحدى عواقب هذا النقص في الإجماع الخاص بالمجالات المقبولة للبحث هو أن الناس الذين يقومون بالبحث للمرة الأولى قد يخبرون قلقاً جديراً بالإعتبار. وعلاوة على ذلك، يوجد بُعد سياسي، حيث أن الناس في المراكز القوية في العالم الأكاديمي - محررو المجلات العلمية، وأساتذة الجامعات - غالباً مايتمسكوا بالنماذج الأكثر تقليدية.

ويتزايد هذا القلق لأن القواعد ليست دائماً واضحة، بما يجعل الباحثين يشعرون مثل أليس فى بلاد العجائب Alice in Wonderland كما لو كانوا فى بلاد غريبة ذات قواعد شاذة ومتعسفة تتغير باستمرار. ويذكر الباحثون بشكل دائم، وبطرق متنوعة أنهم يسلكون بشكل لائق وفقاً لهذه القواعد العلمية: يرفعوا البصر، ويتكلموا بلطف، ولايعبثوا بأصابعهم طوال الوقت. ويمكن أن تؤجل هذه الخبرة بشكل مفهوم بالنسبة للناس الذين يحاولون دخول بحث بلاد العجائب لأول مرة .

ومما يستحق التقرير فى البداية أن نظرتنا الخاصة هى إحدى التعدديات المنهجية. إننا لانعتقد أن أى مجال منفرد للبحث (أو حقاً البحث النفسى ذاته) يملك كل الإجابات، ونعتقد أن الباحثين يحتاجون إلى أن يملكون فى حوزتهم سلسلة من الطرق الملائمة للمشاكل المفحوصة. ولدينا تعاطف جدير بالاعتبار مع أشكال النقد الخاصة بالرأى المتلقى، ولكننا مقتنعين بأن عاقبة قبول أشكال نقدهم هو التنازل عن الطرق الكمية التقليدية. فنحن نعتقد أنه الآن أصبح من الممكن أن نربط بناء تقاليد النماذج القديمة والجديدة. فتوجد مبادئ أساسية مشتركة للبحث الصارم فى نطاق النموذج مهما كان، وأن تعلم عمل بحث فى علم النفس هو جزئياً عملية تعلم لاستفسار منظم طبقاً لهذه المبادئ .

وفى نفس الوقت، توجد قواعد ممارسة جيدة خاصة بكل نمط من البحث. وسوف نبنى تعددياتنا المنهجية على مبدأ منهجيات ملائمة. (بالمشابهة للعبارة الجذابة «تكنولوجيا ملائمة»). وبهذه العبارة، نحن نعنى أن الطرق المستخدمة لابد أن تخرج من تساؤلات البحث الموجهة. والتساؤلات المختلفة تعبر نفسها لطرق مختلفة. ولاستئناف استعاراتنا الأدبية، مثل الأنواع الأدبية المختلفة

(رواية غرامية، خيال علمي، سيرة ذاتية... إلخ) نستطيع أن نفكر في أنواع بحث مختلفة، مثل أبحاث المسح، والتجريب، وتحليل الحديث .

ونحاول أن نوضح هذه القواعد والمبادئ، وبذلك سوف تُقدر أبحاث الناس الآخرين، ونحن نأمل، أن نشعر بأقل ترويعاً بالنسبة لتوقع إجراء بحثك الخاص. وكذلك، إذا كانت قواعد البحث أكثر وضوحاً، كلما زاد إمكانية تحديها .

والبحث متطلب: إنه يتطلب فكرة واضحة وصارمة، ولكنه - أيضاً - جذاباً ومثيراً، ونأمل أن يكون نافعاً للعامة التي يسعى الأخصائيون النفسيون لخدماتها لأقصى درجة .

## عملية البحث: The Research Process

يدور الباب الحالي حول إطار زمني بسيط، نسميه «عملية البحث»، أي، سياق الخطوات التي يذهب الباحثون خلالها أثناء القيام بمشروع بحثي. ويمكن تلخيص تلك الخطوات في أربع مراحل رئيسية :

١ - **القاعدة Groundwork**: تتضمن هذه المرحلة كلاً من قضايا علمية - اختيار المحور، وتحديد النموذج التصوري، واستعراض الكتابات الخاصة بالموضوع، وصياغة تساؤلات البحث - والقضايا العملية - التي تحل مشاكل تنظيمية، وسياسية، ومالية، أو مشاكل أخلاقية - ويعطى الباحثون أحياناً إعترافاً قصيراً بالقاعدة، ويكونوا قلقين للاستمرار في العمل الخاص بإجراء المشروع البحثي نفسه. ومع ذلك، فسوف نجادل بأن تكريس فكرة حذرة في هذه المرحلة يعوض عنه مع الاهتمام ببقية المشروع البحثي .

٢ - التصميم Design: اهتمام البحث بقضايا التصميم، من سيكون المشاركون، هل سيوجد تصميم تجريبي مع مجموعة ضابطة.. وهكذا. فهذه القضايا يمكن عادة أن تُؤخذ في الاعتبار على نحو مستقل في قضايا القياس.

٣ - القياس Measurment: فبصياغة الدراسة، فإن الخطوة التالية هي أن تقرر كيفية قياس الأبنية النفسية المحددة في تساؤلات البحث. ونحن هنا نستخدم الإصطلاح قياس بمعناه الأوسع ليشمل كلاً من المجالات الكيفية والكمية.

وتكوّن كل من تساؤلات البحث، وإجراءات القياس، والتصميم، خطة أو بروتوكول البحث وبرنامج العمل للدراسة. وبالدخول في هذه المراحل الثلاث الأولى، فإن الباحثين سوف يجرون عادة دراسة تمهيدية صغيرة، وقد تجعلهم نتائجها يعيدوا التفكير في الخطة أو البرتوكول، ومن الممكن أن يجروا دراسات تمهيدية لاحقة. وفي النهاية يصل البرتوكول إلى نهايته، وحينئذ تكون المرحلة الأخيرة، هي تنفيذ الخطة.

٤ - التحليل والتفسير والنشر: Analysis, Intersretation and Dissemination: هنا تجمع البيانات، وتحلل، وتفسر، وتوصف بتفصيل، ومن الممكن أن تنشر، وقد يُعتمد عليها في المجالات التطبيقية.

وتكون هذه المراحل في عملية البحث إطارنا في الباب الحالي. ومع ذلك، سوف نفحص - أيضاً - بعض القضايا الرئيسية الفلسفية، والمهنية، والسياسية، والأخلاقية التي تكون مركزية لتفكيرنا الخاص بمشروع البحث الكلي. وفي حين أن مايلي هذه المجادلات ليس ضرورياً لتعلم مهارات بحث فنية

على نحو نقي، فإنه من المهم فهم السياق الأوسع الذى يُجرى فيه البحث، لأن عمل هذا سوف يؤدى إلى برنامج أبحاث أكثر تركيزاً وتماكساً ونفعاً .

ووفقاً لما سبق، سوف نتناول فى هذا الباب أربعة فصول، تهتم بعملية البحث، وسوف نبدأها بالقضايا الفلسفية والمهنية والشخصية فى البحث العلمى، يليها طرق التقرير الذاتى، ثم أسس التصميم، وأخيراً نتناول التصميمات بأشخاص قليلين .

# الفصل الأول
# القضايا الفلسفية والمهنية والشخصية
# فى البحث العلمى

يفحص هذا الفصل بعض القضايا القاعدية الهامة، لكى تعطيك إحساساً بالسياق الذى يُجرى فيه البحث. وتشمل القضايا القاعدية الإطار الفلسفى (أى مجموعة الافتراضات الخاصة بعملية البحث)، والسياق المهنى (أى، كيفى يضاهى البحث المهنتين النفسيتين الإكلينيكية والإرشادية) وكذلك السياق الشخصى (أى إتجاهات الباحث الفردية نحو البحث) .

ويساعد فهم هذه القضايا فى كل من قراءة أبحاث الباحثين الآخرين وفى إجراء بحثك الخاص. وإنه يساعد فى فهم أبحاث الآخرين إذا مافُهم الإطار الذى أُجرى فى نطاقه، فإذا كنت تقوم أنت نفسك ببحث، فإنه كلما زاد وعيك بافتراضاتك كلما كنت قادراً على عمل إختيارات معلومة عن ماهى الطرق التى سوف تستخدمها. ويماثل هذا العمل الإكلينيكى والإرشادى، حيث أن العملاء لديهم استبصاراً أكثر من قواهم الدافعية ليكونوا بصفة عامة أكثر قدرة لأن يعيشوا حياة أكثر حرية وأكثر إنتاجية. ومع ذلك، فللمرة الثانية كما فى العمل الإكلينيكى والإرشادى، فإن إتخاذ قرارات يمكن أن يصبح واعياً بالإمكانيات المتعددة للعمل بدلاً من القيام باختيارات آلية أو تلقائية .

وللفصل الحالى ثلاثة أقسام، تغطى قضايا فلسفية، ومهنية، وشخصية، يتم تناولها على النحو التالى :

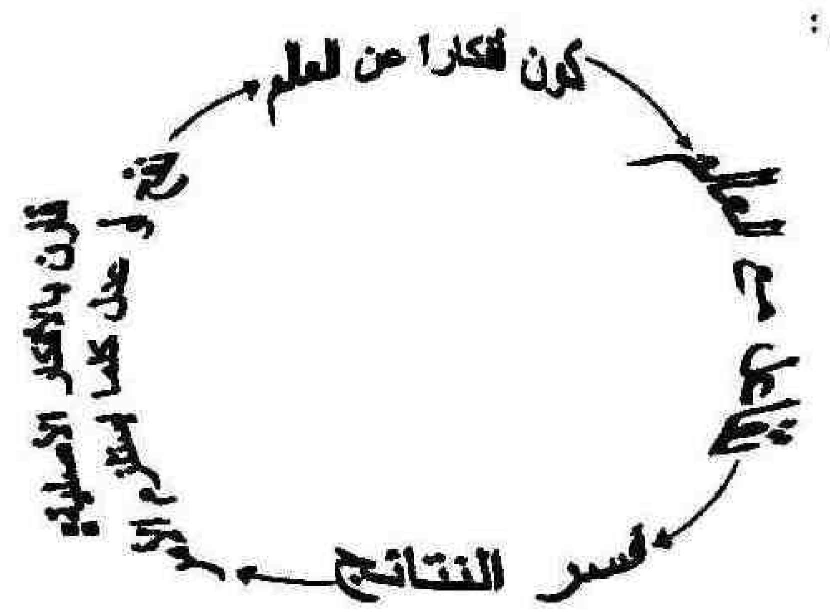
## القضايا الفلسفية: Philosophical Issues

يفحص هذا القسم مايعنى باصطلاحين أساسيين، هما البحث Research والعلم Science. والجدير بالذكر هنا هو البدء بزوج من

التنازلات، فيوجد عديد من الأفكار تكون معقدة وتتطلب خبرة فلسفية لتقديرها بشكل لائق. ونحن لانمتلك مـثل هذه الخـبـرة، ولانتـوقع أن غـالبـيـة القـراء يمتلكوها . علاوة على ذلك، فإننا نهتم بثبات واستمرار القضايا الصعبة، مثل ماهى طبيعة الحقيقة التى يمكن أن تكون صعبة الولوج فى هذه المرحلة المبكرة. ففى الفلسفة، غالباً مـاتوجد أسئلة أكثر من الإجابات. إننا نحـاول أن نعطى رأياً عاماً عن بعض القضايا المعاصرة المشوقة لنتبعها بتفصيل لكى نجرى أبحـاثاً ناقدة. ومع ذلك، فإن حصولك على إدراك واسع بهـا سـوف يسـاعدك على فهم (ربما بوضوح أكثر من الباحثين أنفسهم) ماهى جزئية البحث التى تحاول تحقيقها .

## ماهو البحث؟

إن إجراء بحث هو نشاط دائرى بشكل أساسى، الذى يبدو فى الشكل المبسط التالى :




شكل (١)

دائرة البحث

وكما يقترح الشكل، فإن النشاط دائم الإستمرار بشكل كامن، وحليف للنزعة الإنسانية ليؤدى إلى «حياة مفحوصة» Examined life ويعتبر بعض الكتاب (أنظر مثلاً: Cook & Campbell, 1979) ، أن الجذور النفسية للبحث لها دلالة نشوئية: إنه توجد قيمة بقائية فى محاولاتنا لفهم العالم وأنفسنا .

ولاحظ أن هذا النموذج لايحاول تفسير من أين نحصل على أفكارنا عن العالم فى المقام الأول. ويوجد جدل طال أمده فى الفلسفة وعلم النفس النمائى، الذى سوف نجنبه جانباً فى اللحظة الحالية، عن ماإذا كان إكتساب المعرفة عن العالم ممكنة بدون بناء سابق للفهم. ويكون تأكيدنا هنا على كيف يكتشف الراشد المتعلم ويختبر الأفراد .

ويتطلب البحث درجة من المرونة النفسية، التى تكَوِّن قدرة على تعديل أفكار الفرد إذا لم يدعمها الدليل. وقد يكون من المساعد رؤية أنواع متنوعة من عدم الاتساقات فى النموذج الدائرى المطابق للأساليب النفسية سيئة التكيف المتنوعة. على سبيل المثال، رفض للتفاعل مع العالم كلية، وإتقان النظريات بدون تذوقها دائماً مقابل «عالم حقيقى» (أى، عدم التحرك إطلاقاً من المرحلة الأولى للنموذج الدائرى للبحث). وهى نظرة أنانية فى بناء تصور من الأحلام بدون أساس من الحقيقة. إنها نظرة متضمنة فى «التاج العاجى» The Ivory Tower ، وكانت محاكاة شديدة، على سبيل السخرية فى رواية هيس Hess عام ١٩٤٣ «لعبة الخرز الزجاجى The Glass Bead Game. ومثال آخر، هو أن رفضنا لتعديل أفكار الشخص، بطرد أو تشويه الدليل (أى، عدم تنفيذ الخطوتين الثالثة والرابعة فى النموذج يميز وقفة جامدة ومتصلبة. وهكذا يمكن رؤيته لدى الناس الذين يتمسكون بأنواع متنوعة من العقائد الأرثوذكسية

والبروتستانتية. وهكذا، فإننا ننظر إلى إتجاهات البحث المستفسرة المنفتحة العقل كأحد أشكال الأداء النفسي الجيد. إنه مماثل لمفهوم جاهودا Jahoda عام ١٩٥٨، الخاص بالإدراك الكافي للحقيقة Adequate Perception of reality كمعيار للصحة النفسية الإيجابية .

وإلى هذا الحد فإن وصفنا للبحث ينطبق على الحياة اليومية باعتبارها علم منظم. إننا جميعاً نجرى بحثاً على نحو غير رسمي، إنها طريقة نكون فيها تصورنا العقلى للعالم. وهذه هى مايسميها ريسون ورادن (Reason & Rowan, 1981) "الاستفسار الساذج Naive enquiry. وأتقن جورج كيلى (Kelly,1955) فكرة الشخص كعامل داخل نظرية كاملة للشخصية: إن الناس يبنون على نحو مستمر ويختبرون مجموعة من الأبنية الشخصية». ومع ذلك، فإن العلماء المعرفيين والاجتماعيين قد بينوا كذلك أن الناس يعرضون تحيزات شاملة فى الطريقة التى يعالجون بها المعلومات (Nisbett & Ross, 1980; Fiske & Taylor, 1991). والسبب الأساسى لتطور طرق البحث الصارم هو محاولة إستئصال وتقليل التحيزات فى إجتذاب إستنتجات من الدليل (Rogers, 1955).

وفى النهاية، يجب أن نجعل من الواضح فى البداية أننا لانرى البحث باعتباره طريقاً وحيداً، أو حتى متميزاً بصفة خاصة للمعرفة. فالفرد يمكن أن يتعلم الكثير لوثاقة الصلة بكونه أخصائياً نفسياً جيداً فى شكسبير Shakespeare وجورج إليوت Gorge Eliot. والأعمال العظيمة الخاصة بالفن أو الأدب ستكون فى الغالب لها حلقة للحقيقة سوف ترجع الصدى مباشرة مع القارئ أو المشاهد. علاوة على ذلك، فإن خبرات الحياة اليومية تساعد أيضاً على بناء قاعدة معرفية. وفى مسح قام به

مورو - برادلي وإليوت (Morrow - Bradley & Elliott, 1986) لمصادر المعرفة الخاصة بالعلاج النفسي، قرر المعالجون أنهم تعلموا معظم خبراتهم من عملائهم، متبوعة بكتابات نظرية أو عملية. وقد رُتبت تصورات وتقارير البحث أولاً بواسطة ١٠٪ من عينة معالجين ممارسين (على نقيض الخبرة مع العملاء، التي رُتبت أولاً بواسطة ٤٨٪).

ومع ذلك، فإن قوة البحث الرسمي هي أنه طريقة منهجية للنظر إلى العالم ووصف إتساقاته، وتقدم المعرفة التي تسمح لنا بأن نقرر بين الادعاءات المتصارعة للحقيقة التي قد توضع للأمام بواسطة المؤيدين المتنافسين. على سبيل المثال، منذ حوالي عشرين عاماً وجدت موضة لمقابلة جماعات، وصور من العلاج الجماعي الذي ركز على المواجهة الآمنة. ولم يوجد قصور في النظرية النفسية والإعتراف الشخصي بالنسبة لفوائده. ومع ذلك، لم تثبت الدراسة المنهجية الأولى أن أسلوب قيادة مجموعات المواجهة كان لها تأثير هائل على النتيجة وكذلك أن بعض المشاركين كان لديهم مثل هذه النتائج السلبية. ورغم أوجه القصور المتضمنة في هذه الدراسة - مثل غيرها من الدراسات النفسية - إلا أنها كانت مساعدة بشكل هائل في إقناع المهنيين بأخذ نظرة مقاسة عن ماكان حينذاك يمثل ظاهرة جديدة (Liebrman et al.,1973) .

علاوة على ذلك، فلأن البحث هو نشاط عام متقاسم، فإن له دوراً حاسماً في المساهمة لتطور النظرية والمعرفة المهنية وبالرغم من أن التفاعلات مع العملاء، والمحادثات مع المهنيين الزملاء وخبرات النمو الشخصي تكون جميعها نافعة في تعليم المرء نفسه، إلا أن البحث والكتابات النظرية وتقارير الحالة المنشورة هي وثائق عامة وطريقة في زيادة تطور المهنة ككل .

وسوف نتناول مثل هذه الموضوعات المهنية بشكل أكثر كمالاً في القسم التالي، وبعد ذلك، وفي القسم النهائي، نناقش لماذا قد يريد الأخصـائيون النفسيون الفرديون (أو قد لايريدون) أن يقوموا ببحث علمي. ومع ذلك، فنحن نحتاج إلى فحص معنى بعض المصطلحات الفنية الرئيسية بعمق أكبر .

**تعريف البحث :**

يصلح تعريف إكسفورد الإنجليزي Oxford English Dectionary كنقطة بداية جيدة، حيث يُعرف البحث بأنه «بحث أو فحص موجه إلى اكتشاف بعض الحقيقة من خلال إعتبار حذر أو دراسة الموضوع أو استفسار حاسم أو علمي». وتوجد خمس نواح من هذا التعريف تستحق الإتقان.

**أولاً:** يركز التعريف على الناحية المنهجية للبحث، ذلك البحث يكون حذراً ومنظماً. إنه مهنة تتطلب إملاء جديراً بالاعتبار وفي الغالب إنتباهاً حوازياً تاماً للتفصيل. ويوجد كذلك عنصر خاص بفرصة البحث، وليست كل الإكتشافات مخططة بالضرورة (Merbaum & Lowe, 1982) .

وأحد الأمثلة الكلاسيكية لاكتشاف علمي عرضي هو عزل فليمنج Fleming للبنسلين، حينما لاحظ أن بعض الفطر في طبق توقف عن نمو البكتريا التي كان يحاول زراعتها. ومع ذلك، فلأخذ سمة الاكتشافات بالصدفة، يجب أن تكون لديك خبرة ومعرفة كافيتين لتقدير دلالاتها .

**ثانياً:** يؤكد التعريف على إتجاه علمي أو أكاديمي منفصل. وهذا الاتجاه هو ملمح هام لعلم النفس التطبيقي Applied Psychology. فالأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون والإرشاديون مدربون على إثارة أسئلة أساسية خاصة بمجرد ممارستهم المهنية. على سبيل المثال، «ماذا يحدث؟»، «كيف

تعرف؟»، «ماالدليل بالنسبة لذلك التدعيم؟»فهذا إتجاه شكى قد «يجعل المهنيون الزملاء في بعض فروع المعرفة الأخرى لايحبونهم دائماً. ويمكن أن يساهم فى المعرفة الشائعة عن الأخصائيين النفسيين كأشخاص غرباء قليلاً عن الآخرين في فريق عمل .

ثالثاً: لايحدد التعريف طريقة البحث. إنه يتضمن بحثاً تصورياً، أحياناً يسمى إزدرائياً (منتقص من القدر) Pejoratively . ومثل هذا البحث يكون هاماً فى فروع معرفية أخرى، بصفة خاصة الإنسانيات، ولكنه يكون أيضاً طريقة ماتُسمى «ملكة العلوم» Queen of the Sciences، أو الرياضيات التى تتقدم من بديهيات أولية إلى مجموعة من الاستدلالات فى صورة نظريات. ولكن علم النفس هو أساساً علم إمبريقى، يهتم بالبيانات المجمعة بشكل منهجى، التى تستخدم بعدذلك بطرق سوف نناقشها أدناه؛ لاختبار نظرياته. ومع ذلك، يوجد أيضاً دور هام للبحث التصورى لصياغة النظريات وتوضيح المبادئ التى تقوم عليها . وتتعلق هذه القضية الخاصة بطريقة البحث مرة أخرى بالجدال الفلسفى الخاص بالقرون القديمة بين العقلانيين والإمبريقيين فوق مصدر المعرفة البشرية (Russell, 1916) .

رابعاً: يقرر التعريف أن البحث هو عملية إكتشاف. ويثير هذا الفصل بين البحث الموجه نحو الاكتشاف Disovery - Oriented research - الذى يبدأ بإيجاد شيء ما جديد - والبحث التأكيدى Confirmatory research - الذى يبدأ بتقويم نظرية موجودة. ويستخدم فلاسفة العلم لغة متوازية للتمييز بين سياق الاكتشاف وسياق التبرير الخاص بنتيجة معينة (Reichenbach, 1938). ونحن نشمل كلاً من المجال الموجه نحو الاكتشاف والمجال التوكيدى تحت تعريف البحث.

وفي النهاية، يشير التعريف إلى أن البحث موجه نحو إكتشاف الحقائق. ويعرف «قاموس إكسفورد الإنجليزى» «الحقيقة» مثل «شيء ماحدث حقيقة أو هو الحالة». ومع ذلك، فإن هذا التعريف يفترض جدلاً بعض الأسئلة الفلسفية الصعبة عن كيف نتوصل إلى معرفة ماهو حقيقي. ونظرية المعرفة هى مجال الفلسفة المكرس لوصف كيف يصل الناس إلى معرفة الأشياء أو يعتقدوا أن الأشياء صائبة أو حقيقة. وحينما يتحدث الأخصائيون النفسيون عن الصدق والثبات، فإنهم يتحدثون بلغة خاصة بنظرية المعرفة ووفقاً لهاملن (Hamlyn, 1970) توجد أربعة أوضاع لنظرية المعرفة أو معايير خاصة بالحقيقة، هى :

١ – نظرية المطابقة للحقيقة The Correspondence theory of truth حيث تعتنق فلسفات الحقيقة أن أى اعتقاد ما يكون حقيقياً إذا ضاهى الحقيقة .

٢ – نظرية التماسك Ceherence theory ، حيث تعتنق الفلسفات العقلانية أن شيئاً ما يكون حقيقياً إذا ماكان متسقاً بشكل داخلي، أو غير متناقض من الناحية المنطقية .

٣– المعيار العملي أو المنفعي The Pragmatist ot utilitarian criterion، الذى يعتنق أنه إذا كان إعتقاد مفيداً أو ينتج فوائداً عملية، فإنه يقال حينئذ، بالنسبة للأعراض العملية، أنه حقيقي .

٤ – معيار الإجماع Consensus criterion، هو أساس نظريات المعرفة الخاصة بعلم الاجتماع (أنظر أدناه)، ويعتنق أن الحقيقة بينشخصية Interpersonal ، ويشير إلى اعتقادات يشترك فيها ويعتنقها مجموعة من الناس .

وليست أية نظرية من هذه النظريات كامل على نحو كامل، فجميعها لها عيوب. على سبيل المثال، تتضمن نظرية المطابقة انحداراً لانهائياً، لأن الحقيقة يجب أن تكون صدقاً مقاساً قبل أن يمكن تقييم درجة المطابقة (يشار إليها كمشكلة المعيار في القياس). علاوة على ذلك، فإن الأمثلة المضادة لكل من المعايير الثلاثة الأخرى يمكن تخيلها (على سبيل المثال، نظرية رائعة وليس لها إحتمال على الحقيقة، أو أن اعتقاد مزيف، يثبت رغم تزييفه أنه نافع، أكثر من الإجماع المزيف أو الهذاء الجمعي). ومن ناحية أخرى، فإن كل النظريات الأربع لها قيمة معينة كممارسة، ولكنها تفشل في الخطوط الإرشادية (Anderson et al., 1986). وعلى نحو تفاؤلي، قد يحاول الفرد أن يتحقق من كل معايير الحقيقة الأربعة في بحث أحد الأفراد(أنظر: Elliott et al., 1994).

وعلى نحو تقليدي، تبنى الأخصائيون النفسيون وضعاً «واقعاً ناقداً» Critical realist (Cook & Campell, 1979) . ويفترض هذا أنه يوجد عالم واقعي خارجي هناك له تنظيماته، وبالرغم من أننا لانستطيع أن نعرفه إطلاقاً بشكل مؤكد، فإن جميع صور الفهم تجريبية بشكل أساسي. ويؤكد الوضع الواقعي الناقد تكرارية البحث: بمعنى أنه يجب أن يكون باحثون آخرون قادرين على تكرار عملك والحصول على نفس النتائج، أو بلغة أكثر فنية، يجب أن تكون المعرفة قابلة لاختبار على نحو بينشخصي (Cook & Cambell, 1979). ويعنى ذلك أن الباحثين يجب أن يكونوا واضحين بالنسبة لكيفية جمع بياناتهم وجذب استنتاجاتهم حتى يستطيع باحثون آخرون تقويم تلك الاستنتاجات وتكرار الدراسة بأنفسهم .

**البحث النظرى والتطبيقى: Pure and Applied research**

توجد طرق كثيرة لتصنيف البحث. على سبيل المثال، طبقاً للمحتوى، والمحيط، والمجتمع، أو الطريقة، والتمييز الهام هو بين البحث الأكاديمى الأساسى والتطبيقـــى (الــذى يشمل التقويم) وبالرغم من أنهما غالباً مايقدمان فى ثنائية، فإنه من الأفضل التفكير فى الوضعان كنهايتى متصل (Patton, 1990).

ويتناول البحث الأساسى (أو النظرى) توليد وإختيار النظرية. ماهى العمليات الأساسية التى تساعدنا على فهم الاتساقات فى الطبيعة؟. ويوجد مثالان خاصان بالبحث النظرى هما الدراسات التى تختبر الفروض المشتقة من النظرية المتمركزة حول العميل والخاصة بطبيعة عمليات التغير فى العلاج، والدراسات التى تفحص دور العجز المتعلم فى نشأة مرض الاكتئاب .

أما البحث التطبيقى، فيتناول أسئلة عملية، على سبيل المثال، ماإذا كان تدخلاً عملياً ينجح لمجموعة معينة من العملاء. وقد يتناول البحث التطبيقى أساسا احتياجات خدمة محلية، فى أى حالة تعرف كبحث تقويمى، أو قد تكون لها علاقة أوسع. وغالباً مايدفع بإهتمامات عملية، مثل الحاجة إلى تأييد تمويل لخدمة معينة. ويمكن أن يُرى العمل الإكلينيكى- أيضاً - كصورة من البحث التطبيقى، من حيث أن الإكلينيكى يحاول أن يحلل ماهو المجال الذى ينجح على نحو أفضل بالنسبة لكل عميل فردى. وبالرغم من تداخل الطرق المستخدمة فى البحث النظرى والتطبيقى على نحو كبير، إلا أننا سوف نتناول بعض القضايا الخاصة بالتقويم لاحقاً فى ثنايا الكتاب الحالى .

ويعتبر التمييز بين البحث النظرى والتطبيقى ليس واضحاً على نحو دائم. ورغم أن المثالين السابقين يوضحان ذلك، إلا أنه يوجد دائماً عنصر

تطبيق فى البحث الإكلينيكى: ذلك مايجعله إكلينيكياً. كما تكمن أمثلة كثيرة خـاصـة بالبـحث الإكلينيكى والإرشـادى فى المنطقـة الوسطى. على سـبـيل المثـال يتناول بحث نتـائج العـلاج النفـسى تسـاؤلات خـاصـة بكل من النظرية والتطبـيق. وحـيث أننا نرى التـمـييـز بين البـحث النظرى والتطبـيقى كمـتـصل أكثر منه ثنائية، فإننا نتمسك بتعريف البحث الذى يحتضن الطيف الكامل .

## ماهو العلم ؟

لقد إسـتـخدمنا كلمة «علم» سلفاً بدون شك فى معناها، ورغم ذلك يوجد جدال شديد بخصوص ماذا يكون العلم، وجدال يذهب إلى قلب بعض أشكال النزاع فى نطاق علم النفس الإكلينيكى والإرشـادى والمجـالات المتـعلقـة. إنه يتناول السؤال الخاص بكيفية إكتساب المعرفة وماهى طرق البحث التى تكون «علمية» Scientific (المحترمة لذلك). وفى إحدى الأمثلة التى تستخدم كثيراً، كيف يمكننا التمييز بين علم مشروع وعلم آخر خرافى وعلم التنجيم Voodoo or astrology ؟ أو هل أن مثل هذا التمييز زائف؟ وأقرب إلى الموضـوع، بأى معنى يكون التحليل النفسى علم؟ أو حقاً، علم النفس بصفة عامة ؟

إن الكتابات فى هذا المجال ضخمة: ففلسفة العلم هى تخصص أكاديمى كامل فى حد ذاته: ونحن هنا نستعرض باختصار الأفكار الأساسية. وحيث أن كثـيراً من تعليم علم النفس فى الجامعـة قبل التـخـرج يقـوم بوضـوح على الرأى التـقليدى فى العلم إلا أنه من المهم بالنسـبة للأخصـائيين النفـسيين أن يعرفوا الأوضاع المقدمة هنا، ليفهموا سياق الرأى التقليدى وليكونوا على وعى ببدائله .

## الإستقراء: Induction

إن الطريقة المبدئية للإحساس العام الخاص بمحاولة تمييز العلم هى أنه يقوم على ملاحظة حذرة تصاغ منها نظريات. ويعرف اشتقاق النظرية من الملاحظة باسم الاستقراء.و يعتبر الفلك Astronomy هو خير مثال على ذلك، حيث يحملق الفلكي في السماء، ويسجل مايراه، ويحاول أن يشتق مبادئاً عامة من هناك. وفى نطاق علم النفس، فإن الملاحظة الإكلينيكية تستخدم أيضاً الاستقراء. على سبيل المثال، يلاحظ المحلل النفسي بحذر وعناية عدد من المرضى فى نطاق المحيط التحليلى، وبعد ذلك يحاول أن يصيغ انطباعاته داخل نظرية .

ولسوء الحظ، توجد مشكلتان لاتُقهران بالاستقراء كمبدأ توجيهى للعلم (Chalmers, 1982) ، وتتمثل المشكلة الأولى فى أنه من غير الممكن الحصول على ملاحظات نقية: ماالذى نلاحظه وكيف نلاحظه، بوضوح أو على نحو ضمنى، يقوم على نظرية؟ وتعرف هذه الظاهرة باعتماد الملاحظة على النظرية. بينما تتمثل المشكلة الثانية فى أنه لايوجد أساس منطقى لمبدأ الاستقراء. ولأن شيئاً ماقد كان ملاحظاً أنه يحدث فى عشر مناسبات، فلا يتبع بالضرورة أنه سوف يحدث فى المناسبة الحادية عشر. ويعنى هذا أن النظريات لايمكن إطلاقاً التحقق منها بشكل إستنتاجى، بل تؤيد فقط بشكل مؤقت بواسطة دليل علمى.

وقد وضع الفيلسوف كارل بوبر Karl Popper - الذى كان معاصراً لفرويد Freud وأدلر Adler فى العشرينات من القرن العشرين فى فيينا -

هذه النقطة بشدة، تستحق إعطاء إقتباس ممتد، له علاقة ثابتة بالأخصائيين النفسيين .

«وجدت أن أولئك من أصدقائى الذين يعجبون بماركس وفرويد وأدلر، كانوا مقتنعين بعدد من النقاط الشائعة بهذه النظريات»، وبصفة خاصة بقوتها التفسيرية البادية. وقد بدت هذه النظريات قادرة على تفسير كل شىء بشكل عملى حدث فى نطاق الميادين التى أشاروا إليه .

والعنصر الأكثر تمييزاً فى هذا الموقف بدا لى فى التيار المتواصل للتوكيدات الخاصة بالملاحظات التى «حققت» النظريات التى نحن بصددها، وتم تأكيد هذه النقطة باستمرار المتمسكين بها... وأكد المحللون الفرويديون أن نظرياتهم كانت تتحقق بشكل دائم بواسطة «ملاحظاتهم الإكلينيكية».

وبالنسبة لأدلر، كنت مقتنعاً بخبرته الشخصية. وفى ذات مرة عام ١٩١٩ قررت له حالة والتى لم تبدو لى أنها تتسق مع نظريته الأدلرية بصفة خاصة، ولكنه لم يجد صعوبة فى تحليلها، فى ضوء نظرية الشعور بالدونية أو النقص الخاصة به رغم أنه حتى لم ير الطفل. وإذا كنت مختنقاً بشكل يسير، فسألته كيف إستطاع أن يكون متكداً هكذا، «وبسبب خبرتى الأكبر ألف مرة»، أجاب، وبناء على ذلك، لاأستطيع أن أتمالك نفسى من القول «وبهذه الحالة الجديدة، إفترض أن خبرتك قد أصبحت أكبر بألف وواحد مرة» .

إن ماكنت أضعه فى ذهنى كان أن ملاحظاته السابقة ربما لم تكن أصح من هذه الملاحظة الجديدة، إن كلاً بدوره قد تم تفسيره فى ضوء «خبرة سابقة»، وفى الوقت نفسه حُسب كتأكيد إضافى... ولم أستطيع التفكير فى أى سلوك إنسانى لايمكن أن يفسر فى ضوء أية نظرية من هذه النظريات – كانت هذه الحقيقة بدقة – لدرجة أنها ملائمة دائماً، إنها دائماً مؤكدة – التى فى أعين

معجبيها التي كونت الجدل الأقوى لصالح هذه النظريات. وبدا يتضح لي أن هذه القوة البادية كانت في الحقيقة ضعفهم» (Popper, 1963, 34-35).

ويوضح هذا الاستشهاد قضايا عديدة: الحدود الخاصة بمجال تأكيدي، والمشاكل الخاصة بتفسير قائم على مغالطة اعتماد النظرية على الملاحظة، وكذلك ميل بعض الأخصائيين النفسيين إلى القفز إلى إستنتاجات بدون تجميع بيانات حذرة - أدلر ربما كان أكثر إقناعاً لو أنه قد رأى الطفل الذى نحن بصدده. (ومع ذلك، فنحن لانقترح هنا التخلي عن الاستقرار كلية، وفضلاً عن ذلك يجب أن يجرى في نطاق إطار صارم، وسوف نعود إلى هذا في السياق اللاحق) .

## التزييف: Falsification

وبرفض مبدأ الاستقراء كأساس مضمون للعلم، حاول بوبر Popper أن يقلب المشكلة: لقد نظر إلى حلول قائمة على الاستنباط Deduction أكثر من الاستقراء، فقد ركز على التزييف أكثر من التحقيق. ويعرض مجلده المعلم (منطق الاكتشاف العلمي) (١٩٥٩، نشر بداية عام ١٩٣٤) تأسيس التمييز بين العلم واللاعلم (أو العلم المزيف). ويتمثل معيار بوبار المركزي في أن العلم يجب أن يكون قادراً على صياغة الفروض التي تكون قادرة على الدحض أو باصطلاحه المفضل، التزييف. على سبيل المثال، تولد الفيزياء النيوتينية Newtonion Phesics الاقتراح بأن كرة مقذوفة إلى أعلى في الهواء سوف تهبط إلى الأرض مرة ثانية. وفي مثال أكثر فنية، تؤكد كذلك الفيزياء النيوتينية الافتراض بأن الضوء يسير في خط مستقيم. وبالرغم من أن هذا الافتراض يبدوا واضحاً بذاته تقريباً، إلا أنه كان مزيفاً إلى أقصى مدى بطريقة معينة

بواسطة – حلة إيدينجـتـون expedition Eddington لملاحظة كسـوف الشمس في إفريقيا، من أجل اختبار الاستقراء من نظرية إينشتين Enstein الخاصة بالنسبية بأن الضوء سوف ينحني في وجود مجال مغناطيسي .

وفي علم النفس، تكون مثل هذه التزييفات غير القاطعة للتنبؤات المشتقة نظرياً أقل شيوعاً. وإحدى المجالات حينما يمكن أن توجد في دراسات حالات نفسعصبية Neuropsychological لمرضى بتلف الدمـا غ المكتسب. ووجود نماذج معينة من الإختلال فى حالة منفردة يمكن أن يستخدم لتفنيد نظريات البناء العقلى (Shallice, 1988) .

وكمثال لنظرية غير مزيفة، خذ فى الاعتبار هذه العبارة، بواسطة الرسام موندريان Mondrian: التفرد Oneness المنقطع الإيجابى والسلبى أنهمـا سبب التعـاسـة، أمـا الازدواج Union الإيجـابى أو السلبى هـو السـعـادة (Through: Wilson, 1990, 144) و هذا يبدو بالتأكيد أنه نوع مانظرية نفسية، ولكنها غير واضحة لأى مدى يمكن أن يولد قضايا مزيفة. وهكذا ماذا يمكن أن يفعل لاختبار صدقها. فطبقاً «لبوبر»، فإن العبارة التى لايمكن أن تزيف تكون غير علمية (بالرغم من أنها ليست بالضرورة بلا معنى)، إن الدين والشعر قد يكون لهما معنى، ولكنهما غير مزيفين .

وبالنسبة «لبوبر» فإن العلم الجيد يتميز بسلسلة من أشكال الحدس الجريئـة Blod Conjectures التى ستكون مزيفة إلى أقصى حد،. وهذا المجال مغلـف فـى كتـاب صغير من كتبه، صور الحدس والتفنيد Conjettures and Refutations (Popper, 1963). والنظرية الجيدة هى النظرية التى تعمل عدداً كبيراً من القضايا المزيفة. والنظرية السيئة أو

النظرية غير العلمية، هى التى تكون غير قادرة على التزييف. ومع ذلك، فإن كل النظريات يجب اعتبارها مؤقتة Tentative، ومن المستحيل أن تعرف العالم بدقة وكل نظرية فى وقتها ستكون مزيفة وتستبدل بأخرى (مثلما إستبدل علم الميكانيكا النيوتنى بنظرية إينشتين الخاصة بالنسبية) .

ويضع معيار التزييف تلك الميادين التى تعتمد على طرق تفسيرية قائمة على المغالطة المنطقية خارج حدود العلم. وبصفة خاصة، إنه يبرز التحليل النفسي والماركسية، كنظريات رائعة فى فينا فى العشرينات من القرن العشرين، التي يقول فيها بوضوح كانت دريئته الرئيسية (Popper, 1963) وهذا هو الحال بالنسبة للمجالات السلوكية؛ بفلسفتها الخاصة بالتنبؤ والضبط (Skinner, 1953) .

وقد كان لهذه الصورة الخاصة بالتزييف عدد من المشاكل. وتتمثل المشلكة الرئيسية فى أنه لاتوجد على الإطلاق نظرية تفسر بشكل كامل جميع البيانات المعروفة. فالتناقضات توجد دائماً، ولكن النظرية قد تبقى بشكل جيد رغم تلك التناقضات، لأنها قد تفسر بطرق أخرى غير تزييف النظرية. على سبيل المثال، خطأ القياس أو المتغيرات الإضافية الأخرى. فالتفنيد لاينقطع أبداً ولايجف إطلاقاً: يوجد دائماً مجال لإنكار أنه قد حدث. وأحد الأمثلة على ذلك هو الجدل الممتد فى الكتابات الخاصة بنتائج العلاج النفسي على مدى فاعلية العلاج ذى التوجه السيكودينامى كما قد اتضحت - الآن - دراسات العواقب المقارنة أن العلاج ذا التوجه السيكودينامى وكذلك صور أخرى من العلاج لها تأثيرات مفيدة بشكل متوسط (Stiles et al., 1986) .

**النماذج والثورات العلمية: Paradigms and scientific revolutions**

وفقاً لما سبق، تصبح هناك مشكلة مركزية تتمثل فى شرح كيف تستبدل إحدى النظريات بأخرى. وحيث أنه توجد دائماً ملاحظات غير مفسرة أو متضادة فى نطاق مجال علمي، فما الذى يحدد متى ترفض نظرية النظريات وتستبدل بأخرى؟ فهذا الموضوع هو نقطة الإنطلاق بالنسبة لعمل توماس كاهن Thomas Kuhn ، أحد الشخصيات المركزية لفلسفة العلم فى القرن العشرين، فى بناء الثورات العلمية (Kuhn, 1970) ، وقد طبق الأدوات الخاصة بالتحليل التاريخى لتناول هذه الأسئلة .

واقترح كاهن مفهوم «نموذج» Paradigm ، الذى يمثل الجسم المركزى للأفكار والذى فى نطاقه تعمل هيئة العلماء فى أى وقت معين. ويحدد النموذج ماهى الظواهر التى يعتبرها العلماء هامة والطرق التى يستخدمونها لعمل ملاحظاتهم. ويقال عن العلماء الذين يعملون فى نطاق «نموذج» أنهم يعملون «علماً سوياً أو عادياً» Normal Science : إنهم يتقنون النظريات أكثر من محاولة تفنيدها . وفى النهاية، تؤدى أشكال القصور المتراكمة بنموذج إلى إسقاطه واستبداله بنموذج آخر، وهذا مايسميه كاهن «الثورة العلمية» Scientific revolution، على سبيل المثال، إستبدال علم الكونيات الأرسطوطاليسى Aristotelian Cosmology (بأن الأرض كانت مركز الكون) بنظرية كوبرنيكوس الفلكية Copernican theory (بأن الأرض تدور حول الشمس)، فهذا كان بمثابة ثورة علمية .

والمفهوم الخاص «بنموذج» هو مركز لعمل «كاهن». وهو يتلائم بشكل جيد مع العلوم الطبيعية، ولكن يوجد جدل كثير بالنسبة لمدى إمكانية تطبيقه بشكل جيد فى العلوم الاجتماعية (Lambie, 1991). وبذلك نتساءل عن ماهو

النموذج الإرشادى الخاص بعلم النفس، أو هل توجد نماذج متعددة، أو هل لازال فى حالة قبل نموذجية؟ وعلى نحو جدلي، قد تعتبر السلوكية المعرفية والتحليل النفسى الفرويدى كنماذج متلازمة.

والمشكلة فى أعمال «كاهن» أنها لاتقترح معايير بالنسبة لاعتبار نظرية أفضل من أخرى، وهكذا فلا معنى لها فى الفهم العلمي. وفى هذا الصدد، يذهب فياربند (Feyerabend, 1975) إلى أن هناك نظريات متنوعة تكون غير قابلة للقياس وأنه لاتوجد كذلك أسس منطقية لتفضيل نظرية على الأخرى. على سبيل المثال، قد يكون التحليل النفسى Psychoanalysis وعلم النفس التجريبى Experimental Psychology غير قابلين للقياس حيث أن لهما معاييراً مختلفة لقبولهما: فالتحليل النفسي يشتق دليله من حجرة الاستشارة، أما علم النفسى التجريبى فيشتق دليله من المعمل (Fonagy, 1982) . وهكذا يتناغم الرأى الفوضوى مع علم التنجيم والشعوذة والفلك البابلي، ونفس الوضع العلمى مثل علم الميكانيكا الكمى أو النسبى (Chalmers, 1982). وتتلخص وجهة النظر بشكل واضح بواسطة الملحن والشاعر موندوج (Moondog, 1991): «ماأقوله عن العلم هنا، أقوله بدون شرط، إن العلم هو آخر وأعظم خرافة» .

ويبدو كما لو أن آراء «بوبر» و«كاهن» غير قابلة للقياس، إنهما يستخدمان مفاهيماً مختلفة ليناقشا ظواهرا مختلفة نوعاً ما. ويأخذ «بوبر» مجالاً منطقياً، بينما يأخذ «كاهن» مجالاً تاريخياً. وفى حين أننا نحاول تجنب خطر الوقوع فى وضع نسبى «أى شيء يسير» بأنفسنا، فإننا سوف نرضا بأن كثيراً من القيمة يمكن أن يؤخذ من كلتا المجموعتين من الكتابات .

## قضايا اجتماعية وسياسية :

كما يوضح كاهن (Kuhn, 1970) فالعلم لايجرى فى فراغ ثقافى وسياسى. إنه يتم بواسطة علماء يعملون فى نطاق مجتمع معين علمى ومهنى وثقافى فى لحظة محددة من التاريخ. فعلماء الاجتماع المعرفيين Socialogists of Knowledge (مثل: Berger & Luckmann, 1966) والبنائيون (مثل Gergen, 1985) ينظرون إلى كيف أن العوامل الاجتماعية تؤثر فى ارتقاء التفكير. على سبيل المثال، مايُرى باعتباره «واقعياً» قد يختلف من ثقافة لأخرى.

ويمكن تطبيق الطرق الاجتماعية والتاريخية لفحص العلم نفسه، للنظر إلى كيف أن القوى الاقتصادية الاجتماعية والسياسية تشكل نوع العلم الذى يمارس فى نطاق ثقافة معينة (Chalmers, 1990; Schwartz, 1992) : كيف تكتسب مجموعة من الأفكار بروزاً على الأخرى. وهذه التحليلات غالباً ماتنفذ في نطاق إطار ماركسي، الذى يفحص تأثير اهتمامات طبقة على التفكير العلمي (Aebury & Schwatz, 1982). على سبيل المثال، إن التفسيرات الجينية والفروق الفردية فى درجات معامل الذكاء (IQ) تتناسب جيداً مع الأيديولوجيات السلالية والفاشتسية، وقد أتت بعض القوى الدافعة لابتكار إختبارات الذكاء من مثل هذه الخلفية (Rose et al., 1984) .

وكذلك، قد تكون المنهجية السائدة للعلم إستجابة للمناخ السياسى. ويحلل إرفين وزملاؤه (Irvine et al., 1979) طرق إحصائية، ويجادلون، مثلاً، بأن التركيز على التكميم قد نشأ كاستجابة لاحتياجات رأسمالية القرن التاسع عشر. على سبيل المثال، فى المملكة المتحدة، جزئياً كنتيجة لإصلاحات المحافظين التى قدمت «قوى السوق» Market forces فى توزيع الرعاية

الصحية، فإن مهنيي الصحة في خدمة الصحة القومية البريطانية يكونوا مطلوبين لإنتاج «مؤشرات أداء» كمية، مثل عدد المرضى الزائرين، طوال فترات الانتظار.. إلخ. ويبدو التأكيد الاستثنائي التقريبي على التكميم مناسباً بإمكانيته الخاصة بالتحول إلى التمويل، ويحذف مقاييس أكثر أهمية وتكون أقل وضوحاً على جودة الرعاية التي لايمكن أن تكون مكلفة ببساطة .

وتخدم القواعد الجامدة لما هو وماليس هو علماً أحياناً أغراضاً سياسية (على سبيل المثال، النضال من أجل تمويلات محدودة من الحكومة أو الجامعات)، وقد تكون لها عواقب سيئة الحظ فيما يختص بإخماد التنوع والتقدم الصحي في دراسة ظواهر إكلينيكية معقدة (Feyerabend. 1975) والآن، يبدو علم النفس أكثر أمناً كفرع من المعرفة، وهكذا فلا يشعر الأخصائيون النفسيون أن عليهم أن يتشبثوا إلى هذا الحد بعباءة الاحترام العلمي.

وأحد المصادر الهامة الأخرى للتأثير السياسي والاجتماعي على النشاط العلمي تنبع من حقيقة أن البحث يجري في نطاق سياق مهني منظم. وقد ركزت البيانات الرسمية الخاصة بمهن علم النفس الإكلينيكي والإرشادي على قيمة إجراء البحوث، وسعت كذلك لوصف ماهو نمط البحث الذي ينظر إليه كشرعي. والطرق المتنوعة التي يعبر فيها عن هذا سوف تفحص أدناه.

## القضايا المهنية: Professional Issus

الآن يبدو مقبولاً على نحو منتظم تقريباً أن البحث يجب أن يكون جزءاً من تدريب وممارسة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين والإرشاديين .

ولكن كيف نشأت هذه الفكرة؟

فمنذ البداية، فإن علم النفس هو أحد فروع المعرفة القائمة على الجامعة.

ولقد بزغ أصلاً من الفلسفة فى القرن التاسع عشر، وإنحاز فيما بعد إلى الطبيعة لإعطائه القدرة على الاحترام فى العالم الأكاديمى. وبدأت مهنة علم النفس الإكلينيكى الحياة فى العقود الأولى من القرن العشرين حينما كان مهتماً بالقياس العقلى Mental testing كمساعدة فى الانتقاء والتشخيص، وبعد الحرب العالمية الثانية، إمتد دوره ليشمل العلاج (Korchin, 1976) . ومع ذلك، فخلال إنتقاله من الجامعة إلى العيادة، سعت المهنة لتبقى الجذور الأكاديمية، من حيث أن الدور المميز للأخصائى النفسى يبدوأنه يكمن فى وجهة نظره الأكاديمية والعلمية أو الثقافية. وكما ذكرنا سالفاً، فإن هذه النظرة الأكاديمية قد تؤدى إلى توتر مع زملاء آخرين فى الغرف الإكلينيكية متعددة الأنظمة .

وقد تلقى هذا الدور تأكيدات مختلفة نوعاً مافى الولايات المتحدة والمملكة المتحدة. ففى الولايات المتحدة يعرف باعتباره «العالم الممارس» Scientist - Practitioner، وفى المملكة المتحدة يعرف باعتباره «العالم التطبيقى» Applied Scientist .

## نموذج العالم الممارس: The Scientist - Practitioner Model

اتسع مجال علم النفس الإكلينيكى فى الولايات المتحدة بعد الحرب، وبصفة خاصة فى مستشفيات إدارة المحاربين القدماء، وأدى ذلك إلى الارتقاء بالتدريب من مستوى الماجستير إلى مستوى الدكتوراه، وإلى فحص ما الذى يمكن أن يتكون منه هذا التدريب (Barlow et al., 1984) . وفى ذلك الوقت، تم التعبير عن الرأى الجماعى فى مؤتمر بالولدر، كولورادو Baulder, Colorade فى عام ١٩٤٩ ، وأصبح معروفاً بنموذج باولدر Baulder model .

وفى ذلك الوقت كان المجال فى مرحلة المهد، وقاعدته المعرفية ضئيلة، وكانت توجد حاجة ماسة لوضع مهنة علم النفس الإكلينيكي على أساس علمي ثابت، لمعرفة ما إذا كانت إجراءاته ناجحة أم لا، واستنتج المؤتمر أن الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين يجب أن يكونوا قادرين على أن يعملوا كعلماء وممارسين، وقادرين على إجراء البحث وكذلك الممارسة ويوجد إقتباساً من مقال «مختصر» منذ فترة أقدم قليلاً من «مؤتمر بولدر» تعطى الصفة المميزة :

المشاركون (فى برنامج تدريب يمنح الدكتوراه) يجب أن يتلقوا تدريباً فى ثلاث وظائف، هى: التشخيص والبحث، والعلاج، مع مساهمات خاصة للأخصائى النفسى كأخصائى بحث مؤكد طول الوقت (American Psychological Association, 1947: 549) .

وهكذا فإن العالم لاالممارس هو نموذج مزدوج المسار، يؤكد البحث والممارسة كنشاطين منفصلين ومتوازيين.

## نموذج العالم التطبيقى: Applied Scintist Model

فى الولايات المتحدة، أخذ نموذج العالم التطبيقى تأكيداً مختلفاً أقل على البحث والعمل الإكلينيكى كنشاطات منفصلة، وأكد أكثر على التطبيق الخاص بالطريقة العلمية للعمل الإكلينيكى. وقد حدد مونت شابيرو (Shapiro, 1967, 1985) – هو أحد مؤسسى علم النفس الإكلينيكى البريطانى – ثلاث نواحى لدور العالم التطبيقى، هى :

١ – تطبيق نتائج علم النفس العام على مجال الصحة النفسية .

٢ – استخدام طرق تقييم ثبت صحتها علمياً فقط.

٣ - القيـام بعمل إكلينيكى فى نطاق إطار طريقـة علميـة، بتكوين فـروض خاصة بطبيعة ومحددات مشاكل العميل وجمع بيانات لاختبارات هذه الفروض .

وهكذا، فـإن نموذج «شـابيـرو» الخـاص بالعـالم التطبـيـقى، والبـحث والممارسة ليسا متفرعين تفرعاً ثنائياً ولكنهما متكاملين. ويتضح هذا المجال - أيضاً - فى التقليد السلوكى الخاص بتصميمات تجريبية ذات حالة منفردة (Barlow et al. 1984).

وتلخيصاً لما سبق، فإن العالم التطبيقى يكون إكلينيكياً أساساً، أما العالم/ الممارس فيكون كلاً من إكلينيكى وباحث .

**التطورات الحالية: Current Developments**

يبدو أن نموذجى العالم/ الممارس والعالم التطبيقى كمثالين لم يكونا متبنيين بشكل شامل أو أنهمـا قد لايكون مرغـوب فيـهمـا بشكل شامل (Shapiro, 1985, Peterson, 1989) . وقد إستدعى أخصائيين نفسيين كثيرين لإعادة تقييم دور البحث فى التدريب. ويبدو أن هناك بعض الإدراك بأنه لابد من تبنى تعريفاً أوسع لاحتياجات البحث، أى تعريف يمكن أن يكون متكاملاً بشكل أكثر سهولة مع الممارسة (Peterson,1991, Polkinghorne, 1992) . وقد أدى هذا فى الولايات المتحدة إلى تأسيس «مدارس مهنية» Professional Schools خاصة بعلم النفس الإكلينيكى، تمنح درجة الدكتوراه فى علم النفس (Psy D) أكثر من درجة دكتوراه الفلسفة (Ph D) ، ولها أطروحة بحث موجهة نحو الممارسة .

وفى وقت الكتابة تكون مهنة علم النفس الإكلينيكى بالملكة المتحدة فى عملية تدريج تأهيلها الخاص بالدراسات العليا من مستوى ماجستير إلى دكتور. ويتضمن هذا التدرج تقوية عنصر البحث الخاص بالتدريب رغم أنه لايتطلب بحثاً مكثفاً خاص بدكتوراه الفلسفة، والذى يصبح أساساً تأهيلاً لأولئك الذين يرتفعون إلى مهنة أكاديمية أو بحثية. ولازال من المبكر جداً تقدير تأثيرات هذا التغير على نظرة المهنة للبحث، ولكن يبدو أن التركيز الأكبر على مهارات البحث التعليمى سوف تؤدى إلى تأكيد أكثر خاص بالعالم/ الممارس.

## قضايا شخصية: Personal Issues

وإذا ما أخذ فى الاعتبار قضايا فلسفية ومهنية، فإننا سوف نقوم بنقلة إلى المستوى الفردى. ولكن ما يدفع الأخصائى النفسى الإكلينيكى أو الإرشادى إلى الانغماس فى البحث أو عدم الانغماس فيه، هو طبيعة الحالة.

### لماذا يقوم الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون والإرشاديون بالبحث؟

لقد ذكرنا من قبل نقاط قوة البحث كطريقة منهجية لإرتقاء المعرفة والنظرية. وتوجد كذلك مجموعة متنوعة من الأسباب الشخصية الكامنة وراء إنغماس الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين والإرشاديين فى البحث (Milne, 1987). وتتمثل الأسباب الأكثر شيوعاً فى التالى :

**حُب الاستطلاع Curiosity** يوجد البحث العلمى للإجابة على تساؤلات: إنه يجب أن يضيف شيئاً ما للمعرفة فى النهاية، وإلا فلا داعى للقيام به. وبالنسبة لكثير من الباحثين، فهذه هى غاية فى ذاتها: إنهم يريدون المساعدة فى فهم العالم، ويرون أن البحث طريقة لعمل هذا .

**السرور الشخصى Personal Pleasure**: يقوم بعض الأخصائيين النفسيين بالبحث لمجرد الرضا الذاتى، إنهم قد يتمتعون بالتحدى الخاص بالبحث، ويشعرون بحاجة إلى المحافظة على حدتهم العقلية (بصفة خاصة وسط المراحل الأكثر تأخيراً من حياتهم المهنية)، ويعطون قيمة للاتصال الذى يجلبه مع زملاء آخرين، أو ببساطة يرون البحث إنحرافاً عن الروتين اليومى. ويوجد كذلك الرضا فى رؤية عمل الفرد فى الطبع وفى الشعور بتشكيل إرتقاء مهنة الفرد .

**التغير الاجتماعى والمهنى Professional and Scocial Chang** : على نحو مثالى، يجب أن لايؤدى البحث إلى مجرد تراكم المعرفة، ولكن يؤدى أيضاً إلى بعض التغير فى الممارسة المهنية، أو الاصطلاحات الاجتماعية أو القانونية. فغالباً مايرغب كثير من الإكلينيكيين والمرشدين فى معرفة ماهى التدخلات التى تنجح وماهى التدخلات التى لاتنجح، وطبقاً لذلك يغيرون ممارستهم الخاصة بمهنتهم. وبذلك تقدم نتائج البحث مايسميه ميلن (Milne, 1987) تغذية راجعة إكلينيكية Clinical feedback، تمكن الممارسين من مراقبة عملهم بتعلم مايفعلونه بشكل جيد ومايفعلونه بشكل سيء.

**المنافسة بين المهن Competition between Professeons** : على نحو مماثل قد يكون بعض الأفراد منجذبين إلى البحث كطريقة لتقدم ميدانهم المهنى. والبحث هو طريقة لتقنين ممارسات جديدة. إن جزءاً كبيراً من زعم علم النفس للوضع المهنى هو أن إجراءاته تم تقنينها بواسطة البحث.

**إحتياجات المهنة الفردية Individuel Career needs** : قد يُملى البناء الإرتقائى لمهنة الفرد أنه من أجل التقدم الهيراركى فيجب إجراء البحوث فمن أجل الحصول على تأهيل مهنى والارتقاء إلى مركز أعلى فى المهنة، فلابد أن يجرى الفرد البحوث .

**المتطلبات المؤسساتية: Institutional demands** : فى محيطات الخدمة، يوجد فى الغالب ضغط من الإدارة لإجراء بحث تطبيقى. على سبيل المثال، تستدعى الاصطلاحات الحديثة فى إدارة الصحة القومية البريطانية (BNS) ممارسين لقياس رضا العملاء وتقييم إحتياجات الرعاية الصحية بالمجتمع .

**البحث كتجنب Research as avoidance** : قد توجد كذلك أسباب سلبية لإجراء البحث، مثل إستخدام البحث لتجنب ضغوط الاتصال الشخصي بالعملاء. وينظر بارى وجاولار (Parry & Gowlar, 1983) إلى كيفية إنغماس الأخصائيين النفسيين فى البحث كإستراتيجية لمواجهة الضغط المهنى .

**لماذا لايقوم الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون والإرشاديون بأبحاث ؟**

غالباً مالوحظ أن الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين لايقومون بإجراء أبحاث، ولاحتى يستفيدون منها (O' Sullivan & Dryden, 1980) .

وكثير من الإحصاء المذكور هو أن العدد الشكلى للمنشورات لدى الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين هو صفر. وقد يعطى هذا الإحصاء إنطباعاً مضللاً، لأن الأخصائيين النفسيين غالباً ماينغمسون فى بحث لايصل إلى مرحلة النشر (Milne et al., 1990). ومع ذلك، توجد أسباب عديدة معلنة بواسطة أخصائيين نفسيين من جميع مستويات الخبرة يفسرون السبب فى أنهم لايعملون ولايستخدمون الأبحاث (Marrow - Brdley & Elliott, 1986; Barlow et al., 1984) .

**اللاعلاقية Irrelevance** : يُرى البحث كما لو أنه لايقول أى شيء نافع خاص بالممارسة. إنه يرى باعتباره مهتماً بالصرامة المفرطة على حساب العلاقة (أى أن المجلات مملوءة بدراسات صارمة ولكنها غير متعلقة). فالمصدر الرئيسى للتعلم يترك للممارسة الإكلينيكية أكثر من الدراسات البحثية .

**التشديد على التعليمات Emphasis on generalities**: يوجد توتر بين النظرية العلميـة والتى تبحث التـعـمـيـمات والقانونيات، والنظرة الإكلينيكية والتى تركز على الفردية الإنسانية. وقد عملت معظم الأبحاث فى نطاق التقليد النواميسية Nomthetic tradition، التى تؤكد على تجميع الناس للنظر من أجل التـعـمـيـمـات أكـثـر من التـقليـد الأيديوجـرافـيك Idiographic tradition، الذى يؤكد على التميز الفردى (Allport, 1962).

**المثال المخطئ Mistaken Paradigm**: يُرى المثال الإيجابى الذى يجرى بموجبه كثير من البحث بكونه مختصراً ومبسطاً. وقد يرتبط هذا المثال بأبنية سياسية كبيرة. على سبيل المثال، النقد القائل بالمساواة بين الجنسين فى الحقوق السياسية. أو النقد الاجتماعى للفردية على حساب الجماعية .

**الاقتحامية Intrusweness**: يُرى البحث كأداة متبلدة تُحطم الظاهرة تحت الدراسة، تماماً مثلما يقتل علماء الحيوان فراشة لدراستها. وهكذا، كمثال، فإن تدخل إجراءات البحث فى علاقة علاجية يُشعر به أنه يتلف تلك العلاقة. وغالباً مايخاف المعالجون من أن القيام بتسجيل جلسة على شريط قد يشوه بشدة الجو النفسى. على سبيل المثال، يجعل العميل خائفاً بالنسبة للسرية .

**متطلبات الوقت Time demands**: إن البحث هو استهلاك للوقت، وغالباً ماتكون له أسبقية منخفضة مقارنة بمتطلبات الخدمة. وكذلك، فإنه غالباً مالايُدعم أو يُقدر بواسطة المديرين أو الزملاء .

**الخبرة الفنية Technical expertise** يُرى البحث باعتباره متطلباً لخبرة فنية كبيرة، مع معايير مرتفعة لمحرري المجلات مما يعوق الأبحاث المبتدئة.

**الأخلاقيات Ethics**: بصفة عامة، يُشعر بالبحث على نحو خادع لأنه يجرد المشاركون من الصفات الإنسانية (بتحويلهم إلى موضوعات)، وتوجد مشاكل أخلاقية ببعض الدراسات النفسية. على سبيل المثال، تلك التى تستخدم الخداع .

**كينونة الفحص Being Scrutinised**: يمكن أن يشعر المشاركون فى البحث بالفحص، الذى قد يثير قلقاً شديداً. وقد يجعل هذا إجراء مشروع البحث صعباً جداً، وبصفة خاصة فى تقويم الدراسات، حيث أن إستمرارية الخدمة قد تعتمد على النتائج .

**الاستنتاجات المزعجة Disturbing conclusions** قد ينتهى البحث بنتائج لاتحبها. فقد يؤدى إلى إعادة فحص مؤلم خاص بأفكارك الباقية فى الذهن إذا لم تضاه الحقائق. وقد يؤدى إلى تحدى افتراضاتك فى العمل، التى يمكن أن تعالج بشكل غير مريح .

**الملخص :**

سوف يعطى أفراد مختلفون وزناً مختلفاً لكل من الاعتبارات الإيجابية والسلبية الموصوفة سلفاً. فيركز البعض كلية على كونه إكلينيكياً أو مرشداً ممارساً ولايجرى بحثاً إطلاقاً بمجرد إكتمال تدريبهم. ويركز آخرون على الحياة الأكاديمية ويقوم بقليل من الممارسة إذا ماوجد ذلك. ويأخذ كثيرون طريقاً وسطاً، حيث يمزجون النشاطين فى عملهم المهنى. ونأمل أن نوضح فى بقية هذا الكتاب، أن إجراء البحث لايكون مرعباً وأنه من الممكن إجراء البحث حتى إذا كنت تعمل أساساً فى محيط خدمة .

مراجع الفصل الأول:

1- Albury, D. & Schwartz, J. (1982). Parial progress: The politics of science and technology. London: Pluto Press.

2- Allport, G. (1962). The general and the unique in psychological science. Journal of Personality, 30, 405-422.

3- American Psychological Association (1947). Recommended graduate training in clinical psychology. American Psychologist Association, 2, 539-558.

4- Anderson, R., Hughes, J. & Sharrock, W. (1986). Philosophy and the human sciences. Totawa, NJ: Barnes & Noble.

5- Barlow, D., Hayes, S., & Nelson, R. (1984). The scientist practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings. Oxford: Pergamon.

6- Berger, P. & Luckmann, T. (1966). The social construction of reality: Atreatise in the sociology of knowledge. New York: Doubleday.

7- Carlson, R. (1972). Understanding women: Implications for personality theory and research. Journal of Social Issues, 28, 17-32.

8- Chalmers, A. (1982). What is this thing called science? (2nd edn.). Milton Keynes: Open University Press.

9- Chalmers, A. (1990). Science and its fabrication. Milton Keynes: Open University Press.

10- Cook, T. & Campbell, D. (1979). Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. Chicago: Rand-McNally.

11- Elliott, R., Fischer, C. & Rennie, D. (1994). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Toledo, USA.

12- Feyerabend, P. (1975). Against method. London: Verso.

13- Fiske, S. & Taylor, S. (1991). Social cognition (2nd edn.). New York: McGraw-Hill.

14- Fonagy, P. (1982). Integration of psychoanalysis and empirical science: A review. International Review of Psycho- Analysis, 9, 125-145.

15- Hamlyn, D. (1970). The theory of knowledge. Garden City, NY: Doubleday Anchor.

16- Hammen, C. (1992). Life events and depression: The plot thickens. American Journal of Community Psychology, 20, 179-193.

17- Howard, G. (1992). Behold our creation! What counseling psychology has become and might yet become. Journal of Counseling Psychology, 39, 419-442.

18- Irvine, J., Miles, I. &Evans, J. (Eds.) (1979). Demystifying social statistics. London: Pluto Press.

19- Kelly, G. (1955). The psychology of personal constructs. New York: Norton.

20- Kelly, J. (1990). Changing contexts and the field of community psychology. American Journal of Community Psychology, 18, 769-792.

21- Kimble, G. (1984). Psychology's two cultures. American Psychologist, 39, 833-839.

22- Korchin, S. (1976). Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community. New York: Basic Books.

23- Kuhn, T. (1970). The structure of scientific revolutions (2nd edn.) Chicago: University of Chicago Press.

24- Lieberman, I., Yalom, I. & Miles, M. (1973). Encounter groups: First facts. New York: Basic Books.

25- Merbaum, M. & Lowe, M. (1982). Serendipity in research in clinical psychology. In P. Kendall & J. Butcher (Eds.), Handbook of research methods in clinical psychology. New York: Wiley.

26- Milne, D. (1987). Evaluating mental health practice: methods and applications. Beckenham: Croom Helm.

27- Milne, D., Britton, P. & Wilkinson, I. (1990). The scientist-practitioner in practice. Clinical Psychology Forum, 30, 27-30.

28- Moondog (1991). Quoted on Kaledoscope, BBC Radio 4 , 20 May 1991.

29- Morrow- Bradley, C. & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practising psychotherapists. American Psychologist, 41, 188-197.

30- Nisbett, R. & Ross, L. (1980). Human inference: strategies and shortcomings of social judgement. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

31- O' Sullivan, K. & Dryden, W. (1990). A survey of clinical psychologists in the South East Thames Health Region: Activites, role and theoretical orientation. Clinical Psychology Forum, 29,21-26.

32- Parry, G. & Gowler, D. (1983). Career stresses on psychology and psychotherapy: Current Trends and issues. London: Routledge.

33- Patton M. (1990). Qualitative evaluation and research methods (2nd edn.). Newbury Park, CA: Sage.

34- Peterson, D. (1991). Connection and disconnection of research and practice in the education of professional psychologists. American Psychologist, 96,422-429.

35- Popper, K. (1963). Conjectures and refutations: The growth of scientific knowledge. London: Routledge & Kegan Paul.

36- Reichenbach, H. (1938). Experience and prediction: An analysis of the foundations and the structure of knowledge. Chicago: University of Chicago Press.

37- Rogers,C. (1955). Persons or science? A philosophical question. American Psychologist, 10,267-278.

38- Rose, S., Kamin, S. & Lewontin, R. (1984). Not in our genes: Biology, ideology and Human nature. Harmondsworth, Penguin Books.

39- Russell, B. (1961). History of western philosophy. London: George Allen & Unwin.

40- Shallice, T. (1988). From neuropsychology to mental structure. Cambridge: Cambridge University Press.

41- Shapiro, M. (1967). Clinical Psychology as an applied science. British Journal of Psychiatry, 113, 1039-1042.

42- Shapiro, M. (1985). A reassessment of clinical psychology as an applied science. British Journal of Clinical Psychology, 24, 1-11.

43- Skinner, B. (1953). Science and human behavior. New York: Macmillan.

44- Stiles, W., Shapiro, D., & Elliot, R. (1986). Are all Psychotherapies equivalent? American Psychologist, 41,165-180.

45- Wilson, S. (1990). Tate Gallery: An illustrated Companion. London: Tate Gallery.

# الفصل الثانى

## طرق التقرير الذاتى

## Self - report methods

حينما تريد أن تعرف شيئاً ما عن شخص، فإن الطريقة الأعظم للاكتشاف هى السؤال. وتُعرف طرق البحث التى تستخدم مجال سؤال الشخص مباشرة بطرق التقرير الذاتى، وتأخذ أساساً صورة المقابلات، والاستبيانات، ومقاييس الرتب. ومن المحتمل أنها نمط القياس المستخدم على النحو الأكثر شيوعاً فى العلوم الاجتماعية بصفة عامة وفى علم النفس الإكلينيكى والإرشادى بصفة خاصة.

وعلى سبيل المثال، إفرض أنك قد شيدت خدمة جديدة للإرشاد لدى المراهقين وتريد أن تُقوّم فاعليتها. فإنك تسأل المستخدمين (العملاء) أن يقدروا شدة مشاكلهم قبل وبعد الإرشاد، مستخدماً فى ذلك أداة مقننة. كما أنك تبتكر أيضاً مقابلة شبه بنائية لتقييم الرضا الكلى للمراهقين بالخدمة وأى إنتقادات معينة كانت لهم منها (ودراسات رضا المستهلك التى مثل هذه قد أصبحت هامة فى المملكة المتحدة، مع التأكيد المتزايد على تفسيرية المستهلك) .

وبدلاً من ذلك، أو بالإضافة إلى ذلك، تسأل شخصاً مايعرف الشخص، مثل صديق أو عضو بالأسرة أو معالج. ويُسمى هذا استخدام «راوية» Informant، وهو إصطلاح له تضمينات التسلل، ولسوء الحظ أنه يسمح لك بالحصول على آراء شخص مايعرف الشخص جيداً ولديه فرصة أكبر منك لملاحظته فى محيط مفيد حينما لايستطيع المستجيب أن يعطيك معلومات موثوقة، على سبيل المثال، فى بحث مع الأطفال يكون من المفيد غالباً الحصول على آراء الوالدين والمدرسين فى السلوك المتعلق. وهذا هو السبب، فى أن

إصطلاح التقرير اللفظى Verbal - report يكون أكثر دقة أكثر من التقرير الذاتى Self - report. ورغم ذلك يستخدم التقرير الذاتى بشكل شائع لتغطية تقارير من كل من الشخص ذى الإهتمام والرواة الآخرين وسنحتفظ بهذا الاصطلاح هنا .

**المميزات والعيوب: Advantages and Disadvantages**

تتمثل الميزة الرئيسية للتقرير الذاتى فى أنه يعطيك الآراء الخاصة بالمستجيبين بشكل مباشر. إنه يعطيك مدخلاً للبيانات الظاهرية، التى هى مدركات المستجيبين عن أنفسهم وعالمهم. ويجادل كثير من علماء النفس، على سبيل المثال (Kelly, 1955; Harre, 1974) بأن الباحثين يجب أن يسألوا المشارك عن رأيه الخاص مالم توجد أسباب مفروضة بالقوة لعدم عمل هذا. وكان المبدأ الهام فى تطوير نظرية «كيلى» للبناء الشخصى Personal construct theory «إذا كنت لاتعرف ماهو الخطأ بالنسبة لشخص، فاسأله، فإنه قد يخبرك (Through: Fransella, 1981) علاوة على ذلك، فإن طرق التقرير الذاتى يمكن أن تُستخدم للحصول على معلومات فى مواقف تكون فيها البيانات الملحوظة غير متاحة بشكل طبيعى. على سبيل المثال، من أجل دراسة تواريخ الحياة أو السلوك خلال كارثة عظمى .

ويتمثل عيب التقرير الذاتى فى أنه يوجد عدد من مشاكل الصدق الممكنة المرتبطة به. فالبيانات قد تكون ذاتية وقد تحمل علاقة بالواقع كما ترى بواسطتك أو بواسطة الآخرين. فالناس ليسوا دائماً صادقين. إنهم قد يخدعون أنفسهم، كما يحدث عندما لايستطيع مدمنو الكحول الاعتراف بعدم الاعتماد على أنفسهم، أو قد يخدعون الباحث، مثلما يكون الأمر عندما لايريدون أن يكشفوا

أفكاراً أو سلوكاً غير مرغوب فيهما. علاوة على ذلك، قد لايكونوا قادرين على تقديم تفصيل كاف، أو استخدام المفاهيم التى يكون الباحث مهتماً بها .

والمجادلات التى تنشأ فى ميدانين منفصلين، التحليل النفسى وعلم النفس الاجتماعى تلقى شكاً على صدق التقارير الذاتية. ويؤكد المحللون النفسيون الحدود للمعرفة الذاتية الشعورية. إنهم يجادلون أن مشاعراً أو خبرات هامة كثيرة تكن لاشعورية، وتُمنع عن طريق حيل دفاعية مثل الكبت والإنكار من أن تصبح شعورية. وهكذا فإن التفسيرات الشخصية للسلوك لايمكن أن تؤخذ بالقيمة السطحية. ويفضل بعض الباحثين ذوى التوجه الخاص بالتحليل النفسى مقاييساً إسقاطية، وبصفة رئيسية إختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test (TAT) والرورشاخ The Rorschach ، وطرق تكميل الجمل الناقصة Sentence Completion Methods (Korchin, 1976)، المصممة لتقييم أفكار ومشاعر الفرد اللاشعورية، رغم أن صدق هذه المقاييس يصعب تأسيسه كذلك .

ومن منظور نفسى اجتماعى لنظرية العزو Attribution theory جادل نيسبت وزملاؤه (Nisbett et al., 1977, 1980) أن الناس غالباً لايعرفون مايؤثر فى سلوكهم، وأنه توجد تحيزات شاملة فى الطريقة التى نفسر بها سلوكنا الخاص وسلوك الآخرين. وأحد المصادر الشائعة للتحيز والمعروفة بتأثير الفاعل/ الملاحظ/ هى ميل الناس لأن يقولوا أن سلوكهم الخاص راجع إلى عوامل موقفية وأن سلوك الناس الآخرين راجع إلى عوامل استعدادية (Fiske & Taylor, 1991) . على سبيل المثال، قد يقول أحد الطلاب أنه فشل فى الإمتحان لأنه لم ينم جيداً الليلة التى قبله، فى حين أنه قد يقول أن زميله فشل فى الامتحان بسبب نقص قدراته. ونمط آخر متعلق بالتحيز، معروف

بتحيز خدمة الذات Self - Serving bias، وهو الميل إلى أخذ شرف النجاح وإنكار مسئولية الفشل (Fiske & Taylor) .

ويكون من المهم وضع هذه القيود الخاصة بحدود طرق التقرير الذاتى فى الذهن. ومع ذلك، فإنها لاتعنى أننا يجب أن نهجر هذه الطريقة الخاصة بتجميع البيانات رغم أنه ينصح به فى العادة أن نلحق بيانات التقرير الذاتى ببيانات ملحوظة (أو على الأقل بيانات تقرير ذاتى من منظورات أخرى). وكما مع طرق القياس الأخرى، فإن أنماط القصور الأخرى للبيانات يجب أخذها فى الاعتبار عند مرحلة التحليل والتفسير .

وقد يبدو تشييد مقابلة أو استبيان مباشراً، ولكن البساطة البادية تكون خادعة. فمعظم الناس قد كانوا على نهاية الاستقبال الخاصة باستبيان أو مقابلـــة مصممان على نحو سيء. وبذلك نجد أن تصميم مقاييس تقرير ذاتى جيـــدة هو فن وحرفـة. ولهـذا السبب، فمن الأفضل استخدام مقاييس مؤسسة أكثر من استخدام مقياسك الخاص المبنى من محاولة خاطئة. وتوجد كتابات ضخمة عن مقابلات واستبيانات الأبحاث، تشمل كتباً كاملة عديدة (أنظر مثلاً: Brenner et al., 1985; Patton, 1990) .

## المصطلحات الفنية: Terminology

المقابلة هى نمط خاص من المحادثة تهدف إلى جمع معلومات رغم أن المقابل لديه مرشد مكتوب، يُعرف ببروتوكول أو قائمة المقابلة (لاحظ أن هذا ليس نفس الشيء كبروتوكول البحث، الذى يشير إلى خطة الدراسة ككل، التى تشمل إجراء التصميم واختيار العينة مثلاً). وعادة، تُجرى المقابلات وجهاً لوجه، رغم أنها عرضياً قد تتم عن طريق التليفون .

ومن جهة أخرى، يشير الاستبيان إلى سلسلة مركبة من أسئلة مكتوبة، تولد عادة إستجابات مكتوبة. أما كشوف المراجعة والقوائم (يُستخدم الاصطلاحين بشكل متبادل تقريباً)، فهما نمط من الاستبيان، يقدم قائمة من البنود بشكل مماثل ويطلب من المستجيبين أن يقدروا كل ذلك الذى ينطبق عليهم. ويُستخدم مثالان من القوائم على نطاق واسع هما قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory (Beck et al., 1988) وهو مقياس مكون من ٢١ بنداً يُقوّم شدة الاكتئاب، وقائمة مراجعة الأعراض ٩٠ Symptoms Checklist-90 وهى مكونة من ٩٠ بنداً تقيس عدد وشدة الأعراض النفسية. وقد يتكون الاستبيان من مقاييس فرعية عديدة، يقيس كل منها مفهوماً متسقاً داخلياً (مثل مقاييس قائمة مراجعة الأعراض ٩٠ الفرعية: الأعراض الجسمية، الاكتئاب، العدائية) .

ويُستخدم الاصطلاح مسح على نطاق واسع ولكنه محدد بدون دقة. إنه يشير عادة إلى دراسة منهجية خاصة بعينة متوسطة إلى كبيرة، معدة إما من خلال مقابلة أ وإستبيان بريدى. ويعنى الاحصاء الرسمي مسحاً للمجتمع الكلى (كما هو مقابل بعينة من ذلك المجتمع)، وأفضل مثل معروف هو الإحصاء الحكومى للمجتمع .

## صيغة الإدارة: Mode of Administration

حيث أن بيانات التقرير الذاتى قد تُجمع إما باستبيانات مكتوبة أو بمقابلة، فإن الباحثين يحتاجون إلى أن يأخذوا فى الاعتبار صيغة الإدارة التى ستكون أفضل من ملائمتها لأغراضهم. وتتمثل مميزات الاستبيانات فى الآتى:

١ - مقننة (بمعنى أن الصياغة واحدة فى كل وقت) .

٢ - تسمح للمستجيبين باستيفائها بالخارج بطريقة خاصة. فى أوقاتهم الخاصة.

٣ - يمكن إستخدامها لضمان السرية، عن طريق كود يُرقم النظام، وبذلك يمكن أن تغطى بشكل كامل الارتباك، ومحاور غير مرغوبة اجتماعياً أو غير قانونية (على سبيل المثال، السلوك الجنسي أو استخدام العقاقير).

٤ - هى أقل تكلفة مالية فى التطبيق .

أما فى المقابلة ، فتتمثل مميزاتها فى أنه يمكن أن نستفيد من صلة ومرونة العلاقة بين المقابل والمستجيب، حيث تمكن المقابل من الآتى:

١ - يسأل أسئلة تتبعية، لتوضيح معنى المستجيب، ويسبر أغوار المستجيب وبصفة خاصة فى المادة التى لم يذكرها المستجيب ويحاول الاصطناع.

٢ - يضمن أن المستجيب يجيب على جميع الأسئلة .

٣ - يعطـــى تعليمات أكثر تعقيداً ويراجع إذا ماكانت تلك التعليمات مفهومة أم لا .

٤ - تنوع ترتيب الأسئلة .

٥ - تتيح الفرصة للمستجيبين بأن يوجهوا أسئلتهم الخاصة للمقابل .

كما يجد الأخصائيون النفسيون والإرشاديون والإكلينيكيون أن المقابلات تروق لهم لأنهم يمكن أن يستخدموا مهاراتهم فى المقابلة. وقد يجسد بعض الأخصائيين النفسيين هذه المهارات، حيث أنهم لم يحصلوا على تدريب إكلينيكى أو إرشادى لتعلمها. ورغم ذلك، فإن الإكلينيكيون والإرشاديون لديهم فكرة مايطرحونها، لأن إجراء مقابلة بحثية يختلف تماماً عن إجراء مقابلة علاجية (سوف نتوسع فى هذه النقطة لاحقاً) .

## أسئلة ذات نهاية مفتوحة وذات نهاية مغلقة :

## Open - ended and Closed - ended Questions

يمكن أن تؤدى طرق التقرير الذاتى إما إلى بيانات كيفية أو كمية، إعتماداً إلي حد كبير علي ماإذا كانت الأسئلة ذات نهاية مفتوحة أو ذات نهاية مغلقة هى التى تستخدم .

والأسئلة مفتوحة النهاية هى تلك التى لاتقيد الإجابة، التى تكون مسجلة عادة علي نحو حرفي، علي سبيل المثال، السؤال «كيف تشعر الآن تماماً؟» قد يؤدى إلى الاستجابات «هائل»، «شكراً»، «مثل استعداد إلي الموت» أو «أفضل من أمس على الأقل». ومع ذلك، فإن تحليل المحتوى قد يستخدم فى مرحلة لاحقة لتصنيف الاستجابات (علي سبيل المثال، استجابات إيجابية – استجابات سلبية – استجابات محايدة). كما قد تؤدى بعض الأسئلة مفتوحة النهاية إلى بيانات كمية (علي سبيل المثال، ماعمرك؟»).

وتتمثل مميزات الأسئلة ذات النهاية المفتوحة فى أنها تمكن الباحث من دراسة خبرات معقدة: يكون المستجيبون قادرين على وصف أو تفسير إجاباتهم، كما تكون لديهم الفرصة للتعبير عن مشاعر ثنائية الوجدان أو متناقضة. علاوة على ذلك، فإن استجاباتهم تكون أقل تحيزاً بواسطة الإطار العملى للباحث. والمستجيبون أحرار فى الإجابة كما يرغبون، ويتسخدمون لغتهم التلقائية. ومع ذلك، فمما يستحق الاعتبار أن تحليل البيانات قد يفرض على أى حال الإطار العلمى للباحث فيما بعد، وبذلك قد يحترم آراء المستجيبين أكثر إذا سمحت لهم باختيار أى من الفئتين تقع إستجاباتهم فيها . (Smmer & Sommer, 1991)

ويتمثل العيب الرئيسى فى الأسئلة ذات النهاية المفتوحة- من وجهة الباحث - فى أنها أكثر صعوبة فى تقييم الثبات والصدق الخاصين بالبيانات. ومن الصعب التأكد من المدى الخاص بمثل هذه المشاكل الممكنة كتحيز المقابل، وخداع الراوية، والمبالغة، والاختلاق، والنسيان. فالمشكلة ليست هى إنخفاض الثبات والصدق لمقاييس التقرير الذاتي فى التقويم، بل يصل الأمر إلى حد أن كلاً من الباحثين والقارئين أكثر إحتمالاً لأن يشعروا بأنهم على أرض مهزوزة .

وقضية ثانية، هى أن الأسئلة ذات النهايات المفتوحة تولد بشكل نمطى كميات كبيرة من البيانات (مشكلة «البيانات الزائدة») (Milles & Huberman, 1984)، التى يكون تحليلها مستهلكاً للوقت. ومن أجل بداية، فإن معظم المقابلات الكيفية تحتاج إلى أن تُسجل، مما يأخذ مجهوداً كبيراً. علاوة على ذلك، فإن التحليل نفسه يتطلب مجهوداً ومهارة كبيرين .

والقضية النهائية، هى أن الأسئلة ذات النهايات المفتوحة تميل إلى أن تنتج تغيرية كبيرة عبر المستجيبين فى كمية البيانات. فالمستجيبون ذوو الطلاقة اللفظية يقدمون إجابات كاملة جداً، فى حين أن المستجيبين الآخرين ربما يجدوا أن الأسئلة المفتوحة النهاية كثيرة المطالب فى إجابتها . وبصفة خاصة، فإن الأسئلة المفتوحة فى الاستبيانات المكتوبة غالباً ماتُترك دون إجابة، لأنها تتطلب مجهوداً أكبر فى إكمالها .

والأسئلة ذات النهايات المغلقة تقيد الإجابة بشكل ما وعادة تسجل الإجابات بصورة مختصرة عن طريق إستخدام كود رقمى. على سبيل المثال، الاستجابات الممكنة للسؤال المغلق «هل تشعر بالسعادة، أو بالحزن، أو ليس بأى منهما فى هذه اللحظة؟» يمكن أن يرمز لها باعتبار ١ سعيد، ٢ حزين، ٣

لاشيء منهما/ لاأعرف. ويمكن أن تحدث الاستجابات فى صورة اختيار ثنائى (بمعنى، عندما توجد استجابتان ممكنتان، مثل نعم/ لا)، واختيار متعدد (بمعنى، حيث لايستطيع المستجيب اختيار استجابة من إمكانات عديدة)، أو ترتيب الرتب (بمعنى، حيث لابد من وضع عدد من البدائل فى ترتيب تفضيلى أو قوة رأى)، أو يوضع إشارة على وضع بند أو أكثر قابل للتطبيق فى قائمة مراجعة .

وتتمثل مميزات الأسئلة ذات النهايات المغلقة فى أن الاستجابات تكون أسهل فى التحليل، والتكميم، والمقارنة عبر المستجيبين. كما تساعد على حث المستجيبين بخصوص المدى الممكن من الاستجابات .

وتلخص العيوب الرئيسية للأسئلة ذات النهايات المغلقة بدقة بواسطة شيتسلى (Sheatsley, 1983: 197) «يفهم الناس الأسئلة على نحو مختلف، ويُجبر المستجيبين على ماقد يبدو لهم إجابة غير طبيعية، وليس لديهم فرصة لوصف إجاباتهم أو لتفسير آرائهم بشكل أكثر دقة. على سبيل المثال، فى بحث لأحداث الحياة الضاغطة، فإن قياس المعلومات من قائمة مراجعة تخبرك ببساطة إذا ماكان حدث قد وقع، ولكن ليس لديك معلومات عن معنى الحدث بالنسبة للفرد. إن «موت حيوان أليف» قد يعنى أن السمكة الذهبية قد ماتت، أو أن نفس كهل رفيق قد ماتت. وتسمح مقابلة أحداث الحياة شبه البنائية (على سبيل المثال تلك الخاصة ببراون وهاريس (Brown & Harris, 1978) بسبر لاحق من أجل تأسيس معنى ودلالة كل حدث مقرر. علاوة على ذلك، فإن دراسات المقابلة أو الإستبيان التى تتكون كلية من أسئلة مغلقة تكون خبرة مزعجة للمستجيبين، لأنهم قد يشعرون بأنهم لايحصلون على فرصة لجعل آرائهم تنطلق، وقد يستاءون من التحكم فيهم بهذا الشكل .

وتفـحص الأقسام التـاليـة طرقاً كيـفيـة وكـمـيـة بدورها. هذا البناء هو أسـاسـاً لأغـراض تعليـمـيـة: إننا لانرغب أن نسـتـقطب نمطى الطرق بشكل اصطناعى. ففى الممارسة، يوجد متصل، يتمادى من طرق ذات نهايات مفتوحة غير مركبة، خلال مقابلات أو استبيانات شبه مركبة، لطرق كمية مركبة. وكما سنقـول بشكل متكرر، يكون من الممكن، وغالباً مايكون مـرغوباً فيـه، مزج كل من الإجراءات الكيفية والكمية فى نطاق نفس الدراسة .

## طرق التقارير الذاتية الكيفية :

## Qualitative Self - Report Methods

لأغراض إيضاحية، سوف نناقش معظم طرق التقارير الذاتية الكيفية فى سياق المقابلة الكيفية، حيث أن المقابلة هى الطريقة المستخدمة بشكل أكثر شيوعاً فى نطاق التقليد الكيفى. ومع ذلك، يوجد عدد من طرق التقارير الذاتية الكيفية، مثل :

١ – استبيانات ذات نهايات مفتوحة. على سبيل المثال، النواحى المساعدة لشكل العلاج لويلين وزملائه (Llewelyn et al., 1988) .

٢ – مجـالات الوثائق الشـخـصـيـة، التى تسـتـخدم سجلات مكتوبة سابقة الوجـــود ، مثــل دوريـــات الشـخـصـيـة Personal Journals (Taylor & Bogdan, 1984) .

## المقابلة الكيفية :

بالإضافة إلى استخدام أسئلة ذات نهاية مفتوحة، فإن المقابلات الكيفية تركيبية أو بنائية بشكل فضفاض، ومكثفة، وغير توجيهية: المقابلة العميقة/

المكثفة Indepth/ intensive interview (Patton, 1990) . وتتشابه تلك المقابلة بالتقييم النفسى والمقابلات الصحفية (ولكن توجد فروق هامة، سوف نناقشها لاحقاً) .

ويوجد عدد من الصور المختلفة للمقابلة الكيفية. والأكثر شيوعاً منها هى المقابلة شبه البنائية مع دليل المقابلة. وتتنوع تلك المقابلات بشكل واسع النطاق فى الطول، من دقـائق قليلة إلى سـاعـات كـثـيـرة، وتحـتل مكاناً فى إحـدى المناسبات أو عبر مناسبات كثيرة. ويكون طول معظم المقابلات الكيفية ساعة أو ساعتين. ويشـار إلى هذا باعتباره مقابلة طويلة (Mc Craken, 1988). ولكنها تكون قصيرة بالمقارنة بإجراء المقابلة المكثفة الخاصة بقصة الحياة الموصـوفـة بواسطة تايلور وبوجـدان (Taylor & Bogdan, 1984)، التى تتضمن ١٥٠ أو حتى١٢٠ ساعة من المحادثة .

وتشمل بدائل المقابلة شبه المركبة أو البنائية مايلى:

١ - المقابلة الخاصة بحديث غير رسمى أو غير مركب، التى تكون أكثر شيوعاً كعنصر من ملاحظة المشاركين .

٢ - المقابلة المقننة ذات النهاية المفتوحة، التى تتكون من مجموعة متسقة من الأسئلة التى تطبق غالباً بنفس الترتيب مع أسئلة تتبعية ثابتة .

٣ - طريقة الاستبيان - مع مقابلة - تتبعية، ويفضلها الباحثون الظاهريون التـابعـون لمدرسـة ديكسـون Duquesen school (أنظر مـثـلاً: إستبيانات ذات نهاية مفتوحة لتحديد مستجيبين واعدين أو وكلاء المستجيبين الذين تتم مقابلتهم حينئذ بتفصيل .

**ملحوظة على الاصطلاحات الفنية:** سوف نميل إلى استخدام الاصطلاحين مستجيب Respondent أو مُقابَل Interviewee للإشارة إلى

الشخص فى نهاية الاستقبال الخاص بالمقابلة. والاحتمالات الأخرى هى راوية Informant أو مشارك Participant . ونحن نتجنب الإصلاح شخص Subjec بسبب دلالاته الخاصة بالعجز. وبالمثل يوجد عدد من النماذج الخاصة بالعلاقة بين المقابل والمقابَل. وتتمادى هذه النماذج من نماذج تقليدية «شخص»، التى يرى فيها المقابل كمقدم سلبى للمعلومات يستجيب لنماذج أسئلة الباحث، وحتى نماذج الباحث المشارك Co- researcher (Wilkinson, 1986) .

عينة المقابلة: Sample Interview

العينة التالية نسخة من مقابلة شبه مركبة مأخوذة من دراسة كبيرة تفحص عواملاً تساهم فى الرفاهية النفسية للنساء اللاتى يعالجن حديثاً من سرطان الصدر (أنظر: Pistrang & Barker, 1992). و قد ركزت المقابلة هنا على نماذج البحث عن مساعدة، بمعنى، لمن تتحدث المرأة عن اهتماماتها ومشاعرها الخاصة بالمرض. المقابل (أ) كان «نانسى بتستراج» والمستجيبة (ر) كانت إمرأة متزوجة من الطبقة الوسطى فى أواخر الأربعينيات .

وتبدأ المقابلة كما يلى :

(أ) إن ماأهتم بمعرفته هو كيف قررت من الذى تتحدثين إليه عن شئونك ومشاعرك، كيف تأتى للحديث مع شخص دون الاخر ؟

(ر) آه، إنى أفترض أنه هكذا حدث. لقد كانت لى صديقة لديها نفس الموضوع، وقد كانت الشخص الظاهر لى للحديث إليها. وكان لى صديقة أخرى لديها نفس المشكلة ولكن لم أكن أرتبط بها جيداً فى ذلك الوقت. لقد ذكرته لكثير من الناس، أختى مثلاً، ولم أحصل على الإجابة التى أردتها، ولذلك لم أتحدث إليها مرة ثانية. لقد كانت عملية استئصال.

(أ) متى تقولين أنك لم تحصلين على الإجابة التى أردتها منها، ماذا تعنى؟

(ر) هذا كان كل شىء قبل أن أذهب للعلاج، حينما أرادوا الفحص بداية، إتصلت تليفونياً بأختى وقلت «حسناً، لاأعرف لماذا ذهبت إلى الماموجرام Mamogram. إنى لاأعرف إذا كنت أريد علاجاً». وقالت هى، «أو، يجب أن تذهبى وتحصلى على كل علاج». قال شخصان تحدثت إليهما، «لايوجد شك فى ذلك، يجب أن تحصلين على كل العلاج الذى يقدمونه». وكنت أشعر فى ذلك الوقت أننى لاأعرف ماإذا كنت أردت العلاج أم لا، ولأن جميع هؤلاء الأفراد لم أحصل منهم إلا على كلمة «أو» فقد تجاوزت أراءهم، وإختصر الأمر إلى هذه الصديقة التى حصلت على العلاج من قبل ..

(أ) حينما قلت أنه كان نوعاً من عملية استئصال، ولم يكن الناس يعطونك الإجابة التى أردتها، ماذا كنت تريدين عند هذه النقطة ؟

(ر) حقاً، كنت أريد منهم التعاون ولو قليلاً فيما أردت أن أفعله .

(أ) هل يعنى هذا مجرد إستماع لما كنت تشعرين به ؟

(ر) نعم، نعم، أظن هذا، بدلاً من مجرد القول، «إفعل هذا، إفعل هذا» .

ويوضح هذا المقتطف بوضوح ثراء البيانات التى يمكن أن تأتى من مقابلة كيفية، ويعطى كذلك دلالة منذرة لمشكلة متضمنة فى تحليل المادة. كما يعطى صورة لكيف ينفذ المقابل هدفه – يفهم خبرة المشارك – باستخدام أسئلة للتوضيح والاستكشاف، والانعكاسات لتأكيد الفهم. وفى الأقسام التالية، سوف ننظر بتفصيل أكثر فى الإجراءات المستخدمة فى إدارة مقابلات كيفية.

**دليل المقابلة : The interview guide**

إن الخطوة الأولى لإعداد دليل للمقابلات هى تدوين المجالات الهامة التى يتم تناولها والتي قد تكون لها بعض الأسئلة المعيارية التى تُسأل. وإنها فكرة جيدة فى العادة بناء المقابلة حول نوع مامن إطار نوعى، يمكن أن يكون، على سبيل المثـال، تصورى أو زمنى. وتبدأ المقـابلة نمطياً بأسئلة عامـة، كنوع من التحمس Warm - up . ولاتحتـاج الأسئلة المعيارية إلى أن تغطى بترتيب ثابت، ولكن يصلح الدليل كمفكرة، ليذكرك بما تحتـاج أن تسـأل عنه. وإنه لأمر حيوى أن تختبر على نحو تمهيدى بروتوكول المقابلة على مستجيبين طبقاً لذلك .

ويصف يونج وويلمـوت (Young & Willmott 1957) فى دراسـتـهما الكلاسـيكيـة «الأسـرة والقـرابة» فى شـرق لندن، إسـتـخـدام دليلهـمـا الخـاص بالمقابلة:

استـخـدمنا قـائمـة من الأسئلةولكن المقـابلات كانت أكثر بكثير إعلامية وأقل تقنيناً من تلك فى المسح العام. وكان يجب الحصول على الإجابات لجميع أسئلة المجـمـوعـة المدونة (ومع ذلك ليس بالضـرورة بنفس التـرتيب)، ولكن هذا لايستنفذ المقابلة. كل زوج فى ناحية معينة مختلف عن الزوج الآخر، وسعينا لإكتشـاف أكثـر مـانستطيع عن الخصـائص الخاصـة بخبرات كل من الزوجين والعلاقات الأسرية، مسـتـخدمين أسئلة المجموعة كإرشـادات ومتتبعين أى شىء ذى إهتمام قد برزغ فى الإجابات عليها كالأساس لأسئلة لاحقة بعد ذلك .

**أسلوب إجراء المقابلة: Interviewing Style**

يجب أن تكون الوقـفـة العـامـة للمـقـابل ذات تقـمص عـاطفى Empathic وانتبـاه غيـر حكمى Non - Judgemental attention ، وتعطى للمسـتـجيب

وفرة من الحيز للتفكير والحديث، وتجنب التحيز بعدم الإيحاء باستجابات ممكنة. وإذا لم يتضح لك أى شيء، فعليك أن تسير أغوار المستجيب بشكل إضافى رغم أن الاستجواب ذى الأسلوب القانونى من الواضح يجب تجنبه .

ولكى تكون مقابلاً كيفياً فعالاً، يجب أن تبدأ باتجاه ذى إهتمام أصيل بالتعلم من الآخرين، وبسماع قصتهم، ويجب أن تكون قادراً على الاستماع إليهم مع التسامح والقبول. فلقد تحقق باحث الفصام جون ستروس وزملاؤه (Strauss et al.1987) بعد ثلاثين عاماً من البحث الكيفى أنه قد تعلم قليلاً جداً عن طبيعة الفصام، حيث أنه قد شعر أنه بدأ حقيقة فقط فى التعلم حينما بدأفى الاستماع لما كان على المرضى أن يقولوه حينما سألهم عن خبراتهم .

وتعتبر مهارات الإرشادية، مثل التقمص العاطفى والحدث الإكلينيكى Clinical intuition هى أول شيء هنا . ومع ذلك، يجب أن يوجد تحديد واضح بين مقابلة البحث ومقابلة العلاج، لأن التوجهات العلاجية كلها تقريباً تتضمن تدخلات غير ملائمة للقيام بمقابلة كيفية. على سبيل المثال، سيكون من الخطأ إجراء مقابلة كيفية بأسلوب سلوكى/ معرفى، لأن هذا المجال، مثل معظم العلاجات، يكون مهتماً بتغيير أفكار وخبرات العميل أكثر من إكتشاف خصوصيته.

وحتى المعالجين ذوى التوجه المتمركز حول العميل Clint - centered therapists قد ينغمسون كثيراً جداً فى صياغة جديدة، يمكن أن تنتهى بسهولة بوضع الكلمات فى فم العميل .

ويجب تسجيل المقابلة على شريط كلما كان ذلك ممكناً، حيث أن أخذ الملاحظات المكثف يؤدى إلى مخاطرة تشتيت الرواية ومقاطعة إنسياب المقابلة.

ولذلك، فإن أخذ الملاحظات يجب أن يبقى إلى أدنى مستوى محتاج لإدارة المقابلة بكفاءة (على سبيل المثال، تغطية محاور معينة، وتتبع أشياء هامة). ومع ذلك،إذا كان عليك أن تقابل بدون جهاز تسجيل ذى شريط، فإنك تحتاج إذن إلى أخذ ملاحظات بشكل حرفي، واضعاً علامات استشهاد حول كل شيء يقال بواسطة المستجيب. كما يجب إبقاء مجلة بحثية Research journal لتسجيل إنطباعاتك الخاصة بكل مقابلة .

**مهارات إجراء المقابلة الكيفية: Qualitative intervieing Skills**

إذا مادفع شخصاً لفهم الناس من خلال إجراء مقابلة، فيصبح عدد من المهارات الفنية فى جمع المعلومات والاستماع نافعة. وإحدى الطرق النافعة لوصف هذه المهارات تكون بلغة مايسمى «صيغ الاستجابات» Response modes (Goodman & Dooley, 1976)، بمعنى، أنماط أساسية من تصرفات أو استجابات كلامية للمقابل. ويمكن تقسيم صيغ الاستجابات إلى ثلاثة عناوين، هى: الاستجابات الضرورية لإجراء المقابلة، والاستجابات النافعة أحياناً، والاستجابات التى يجب تجنبها بصفة عامة .

**صيغ الاستجابات الأساسية: Escential response modes**؛ وتعتمد أساساً على استجابات «الاستماع النشط» Active listening. وتستخدم مثل تلك الاستجابات فى العلاج المتمركز حول العميل. وهكذا، فتوجد استجابتين رئيسيتين هما الأسئلة المفتوحة – لجمع المعلومات وتشجيع الراوية على التوسع – والانعكاسات – لتوصيل الفهم والتشجيع على استكشاف لاحق للمحتوى. وتعتبر إيماءات العملية

لتوجيه المناقشة (إنى أتساءل إذا كنت تستطيع إخبارى عن ...) هى الأخرى أساسية لبدأ وبناء المقابلة، فى حين أن استجابات مختصرة للأخطاء بالعلم (على سبيل المثال، إنى أرى «أو» «آه») تبنى صلة وتساعد الراوية على مواصلة الحديث. وإذا ما استخدم أسلوب أكثر نشاطاً لإعادة الصياغة، فالأكثر إحتمالاً أنك تحتاج إلى تفسير التأثير الممكن للمقابل على البيانات حينما تقوم بتحليلك .

**صيغ استجابات إضافية Supplemental responses modes :** بالإضافة إلى ذلك، فإن أنماطاً أخرى عديدة من الاستجابات تكون نافعة في بعض الأوقات، رغم أنه يجب أن لايفرط فى استخدامها . وتشمل تلك الصيغ الآتى: أسئلة مغلقة لاختبار الفروض قرب نهاية المقابلة، وتعرية الذات والتى تتيح للمقابل أن يفسر أهدافه بالنسبة للمقابلة ويبنى صلة عن طريق إجابة الأسئلة الخاصة به، وإعادة التوكيد، والتعاطف بالنسبة للاستجابات (من الصعب هذا) لتشجيع الانفتاح لدى الراوية .

**استجابات يتم تجنبها Responses to be avoided:** وتشمل نصيحة حل المشاكل (إخبار الرواة كيف يحلون مشاكلهم)، والتفسيرات التى تحاول إخبار الرواة لماذا فعلوا شيئاً ما أو ماذا شعروا فى الواقع، والاختلافات أو المواجهات التى تقاطع التواصل عن طريق نقد الراوية أو الإقلال من شأنه (على سبيل المثال، لاتحاول أن «تمسك» بالرواة فى متناقضات)، وإعطاء الرواة معلومات (غير المعلومات الخاصة ببناء وغرض المقابلة نفسها) .

**أنماط نافعة من الأسئلة: Useful types of questions**: لأن الأسئلة هامة جداً بالنسبة لتنظيم وبناء مقابلات كيفية، فإنه من المهم وصف بعض معظم الأنماط الهامة، بالترتيب الذى تحدث به بشكل نمطى فى مقابلة كيفية .

١ - ***أسئلة مدخلية:*** أعد المقابلة وساعد الراوية على إيجاد بؤرة نافعة لوصف خبراته (على سبيل المثال، هل يمكنك التفكير فى وقت معين حينما كنت خائفاً من الظلام؟) .

٢ - ***أسئلة متفتحة:*** تطلب معلومات سوف تساعد الراوية على نشر قصته للباحث (Rice & Sapiera, 1984). وتشمل أسئلة عن النشاطات (ماذا كنت تفعل فى تلك اللحظة؟)والنوايا (ماذا أردت أن تنجز؟)، والمشاعر (ماذا يشبه ذلك الشعور حينما تقف هناك مستمعاً إليهم يتحدثون؟)، أو الإدراكات الحسية (ماذا كنت تلاحظ وأنت تجلس هناك؟) .

٣ - ***فحوص تتبعية:*** هى أسئلة تبحث عن معلومات أو توضيحات إضافية عن شىء ما قاله الراوية. وهى قد تكون طلبات مقننة للإتقان والدراسة، وإذا مااستمع المقابل بحرص لما يقوله الراوية، فإنه يستطيع أن يسبر أغوار المستجيب بشكل أكثر إنتقاء حينما يتقاعس المستجيب عن إجابة سؤال بوضوح أو يقول شيئاً ما غير واضح (ماذا تعنى عندما تستخدم الكلمة"بالنباح"؟) .

٤ - ***أسئلة بنائية:*** تبقى عادة لما بعد فى المقابلة، لأنها تسأل الراوية عن تفسيرات وتقويمات، ومن ثم تبتعد عن التأكيد السائد على الوصف (كيف تدرك المراد من ذلك؟)

٥ - **إختبار الفروض:** أسئلة يفضل إرجاؤها لنهاية المقابلة، من أجل أن لاتؤدى إلى الشهادة. إنها قد تكون نافعة لتتبع المشاعر الحدسية أو تأكيد فهم المقابل (هل تقول أن عدم معرفة تشخيصك هو أكثر مايرعبك؟). إنه كذلك لشيء جيد أن تبقى اعتبارات الصدق فى مؤخرة عقلك أثناء القيام بالمقابلة. وخلال المقابلة قد تصبح واعياً بعدم إتساقات ممكنة يمكن أن تكون :

- **داخلية:** بين أجزاء مختلفة من القصة .
- **خارجية:** مع مصدر آخر، على سبيل المثال، وثيقة أو مستجيب آخر.
- **بين المحتوى الظاهر والكامن:** على سبيل المثال، بين الكلمات ونغمة الصوت .

وعلى نحو لطيف ولبق، استفسر عن هذه التناقضات إذا مانشأت أو حدثت. فمن الواضح أنه من غير المثمر أن تأخذ إتجاهاً خاصاً بمحاولة تصيد التناقضات أو إتهام المستجيب بالكذب. فقد لاتعكس التناقضات عدم الصدق، إنها غالباً ماتمثل منظورات مختلفة أو أفكاراً واعية مقابل أفكاراً غير واعية.

## طرق التقرير الذاتى الكمية:

## Quantitative Self - Report. Methods

تعتبر الكتابات عن طرق التقرير الذاتى الكمية هائلة، ونستطيع أن نأمل فقط فى استخلاص زبد السطح هنا. ويمكن أن توجد معالجات أكثر كثافة لهذا الموضوع فى مراجع أخرى (أنظر مثلاً: Rossi et al 1983). وللملائمة، سوف نأخذ استبيانات مكتوبة ومقاييس رتب كمثالنا الجارى. ومع ذلك، فإن علينا أن نقول كل شيء ينطبق جيداً على قدم المساواة على المقابلات المصممة للوصول إلى بيانات كمية .

وكما فى أماكن أخرى فى هذا الكتاب، سوف نصف العملية إبتداءً من نقطة بناء المقياس، لكى نعطى القراء شعوراً أفضل بالنسبة للصعوبات التى قد تكون متضمنة فى ذلك (تكون هذه الصعوبات كبيرة جداً لدرجة أننا ننصح بشدة باستخدام المقياس كلما أمكن ذلك). والنقطة الرئيسة هى أنه ليس مجرد إعتبارات الثبات والصدق هى التى يجب أن تؤخذ فى الحسبان عند تقويم المقياس، فمن المهم النظر بعناية إلى التفصيل الدقيق الخاص بكيفية وضع المقياس .

### خطوات فى إبتكار المقياس: Steps in Measure Development

إذا كنت تقوم ببحث متضمناً متغيراً، يبدو أنه لاتوجد أداة تقدير ذاتى لقياسه بشكل يبعث على الرضا، فإنك قد تحتاج إلى بناء مقياسك الخاص. وهذه ليست خطوة يسيرة، لأنها مستهلكة جداً للوقت، وكذلك من الصعب نشر عمل بمقاييس جديدة أو غير مألوفة. ومع ذلك، فلأن مجالات كثيرة إما أنها دون القياس المطلوب أو مقاسة بشكل سىء، فإن هذا يعتبر نمطاً شائعاً من البحث. وغالباً مايقترب إلى مجال بحثى جديد فقط لإيجاد أنه لاتوجد مقاييس جيدة، وحينئذ ينتهى الأمر بإعادة صياغة البحث تجاه إبتكار مثل هذا المقياس (خبرة شائعة للباحثين هى إكتشاف أن مثل هذه الدراسات غالباً ماتُروى على نطاق واسع وأكثر تأثيراً من أبحاثهم الأخرى) .

وإذا كنت تحتاج إلى بناء مقياس، فإن خطوات بنائه تتمثل تقريباً فى الآتى:

١ – بعد أن تكون قد إطلعت على أبحاث مكتوبة للتأكد من أنه لاتوجد أداة مناسبة، فابتكر مسودة أولى للمقياس تقوم على النظرية، ومقابلات كيفية تمهيدية أو تحليل استبيانات موجودة.

٢ – على نحو تدريجى قم بتجريب المقياس على المقياس على المستجيبين الأقرب والأقرب لمجتمع الدراسة المقصودة (المعروف «بإجراء إختبار أولى»)، معدلاً له طبقاً لذلك. وتوقع أن تأخذه خلال مسودات أو محكات عديدة، على سبيل، الزملاء والأصدقاء أو هيئة التدعيم (التحكيم) (أطلب منهم أن يوضعوا مدى صلاحية المقياس لقياس ماوضع لقياسه، ومدى صلاحية صياغة بنوده) .

وغالباً مايتم إجراء ثبات غير رسمى ومن الممكن إجراء تحليل عاملى على عينة استطلاعية من ٢٠ أو ٣٠ مستجيب لترى ماإذا كانت أية بنود يجب حذفها أو إضافتها قبل إجراء الدراسة الرسمية الأكبر .

٣ – بمجرد تطوير صورة طيبة من المقياس، فقم بإجراء دراسة ثبات رسمى بإعطاء المقياس إلى عينة كبيرة (على سبيل المثال، فوق ١٢٠ مستجيب) مسحوبة من مجتمع مماثل للمجتمع الذى تهتم بدراسته. إنك تستطيع بعد ذلك فحص خصائص بنوده (على سبيل المثال، متوسطاته، وانحرافاتها المعيارية)، والاتساق الداخل، والبناء العاملى. وإنه أيضاً لشيء نمطى أن تطبق المقياس مرتين على بعض المشاركين، من أجل تقييم ثباته بإعادة الاختبار .

٤ – إذا كان الثبات والبناء العاملى يبعثان على الرضا، فإنك تستطيع أن تجرى دراسات ملائمة عن الصدق، الذى يفحص ارتباطات المقياس بمعايير أو مفاهيم أخرى. (قد تمزج هذه الدراسات بالخطوة السابقة). ويمكن أن يطبق المقياس الجديد مع مقاييس أخرى مماثلة للتعرف على الصدق التلازمى من خلال حساب الارتباط بين درجات الأفراد على المقياسين .

## تصميم الإستبيان: Questionnaire Design

يتضمن تصميم الاستبيان تقرير على المحاور التي يجب أن تُغطى وسياقها، وكتابة الأسئلة أو البنود وانتقاء مقياس إستجابات ملائمة. وسوف نتعامل مع هذه الأمور كل على حده .

وفي كل نواحي تصميم المقياس، تكون القاعدة الذهبية «إهتم بالمستجيب» Take Care of the respondent: ضع نفسك مكانه أو في وضعه: اسأل عن ماهي الخبرة الخاصة بكونه على الطرف الآخر من الاستقبال. إجعلها سهلة بقدر الإمكان وخالية من الإحباط. وكجزء من القياس الاستطلاعي، فإنه لفكرة جيدة أن تستوفي استبيانك بنفسك (غالباً خبرة مفيدة) وأعطيه لأصدقاء قليلين سيكونوا قادرين على إعطائك نقداً بناءاً .

والهدف هو عدم الوقوف في طريق المستجيبين القادرين على توصيل أفكارهم وخبراتهم. ولمحاولة عدم تنفير مستجيبيك فلا تفهم فقط من وجهة نظر العلاقات الإنسانية العامة، ولكن كذلك من وجهة نظر الإحساس العلمي الجيد. ولاحظ أن الناس الذين في حالة هياج لن يعطونك بيانات جيدة (أو حتى أي بيانات على الإطلاق - إنهم قد يلقون بعيداً باستبيانك) .

## التغطية المحورية والسياق: Topic coverage and Sequence

غالباً مايتجزء الاستبيان إلى اقسام فرعية تمثل محاوراً أو متغيرات مختلفة. والاعتبار الأول هنا، هو أنه يجب أن يتضمن الاستبيان ككل جميع المفاهيم التي يحتاج إليها للإجابة على تساؤلات البحث. وبكلمات أخرى، يجب أن تؤدي مجموعة البيانات إلى الإجابة على تساؤلات البحث أو إختبار الفروض. وبمجرد تحقيق هذه التغطية، فإن القضية هي إذن كيف ترتب مجالات المحور في نطاق الاستبيان ؟

وعـادة من الأفضل أن تبـدأ بأسـئلة غـيـر مـهـددة سـهلة يسـتطيع كل المستجيبين أن يجاوبوا عليها (Sillman, 1978) . ويساعد هذا على تأسيس صلة بهم: حـتى الاسـتـبـيـان المكتـوب يعـتـبـر شكلاً من عـلاقـة شـخـصـيـة Interpersonal relationship. والأسئلة الديموجرافية (أى الخاصة، بالعمر، أو الجنس لدى المستـجيب.. إلخ) يجب أن توضع عادة فى نهاية الاستبيان، لأنه من الأفضل أن نبدأ بأسئلة متعلقة بمحور المقابلة .

وقـد تتـبنى المقـابلات البنائيـة مـايسـمى «المجـال القُـمـعى» Funnel approach، أى أنها تبـدأ بشكل واسع ثم تضـيق تدريجياً. ويخـفض هذا من مخاطرة أفكار إيحائية للمستجيبين أو التأثير فى استجاباتهم. وبشكل نمطى تبدأ المقابلة بأسئلة ذات نهايات مفتوحة ثم تتحرك فى إتجاه زيادة الانغلاق والتـوعيـة. ويُوصى بالترتيب التـالى لبـحث الرأى العام (على سبيل المثـال، دراسة الآراء عن الانزعاجات الجنسية Sexual harassiment) (١) اختبر وعى المستجيبين بـ، أو بمعرفة خاصة بالموضـوع، ثم (٢) اسأل عن مستوى الاهتـمـام أو الانشـغـال، ثم (٣) عن اتجـاهاتهم، ثم (٤) عن الأسـبـاب فى هذه الاتجاهات، وفى النهاية (٥) عن قوة آرائهم (Sheatsley, 1983) .

## صياغة البنود: Items wording

إذا مـاأسست غطاء المحاور، فتكون الخطوة التالية هى كتابة الأسئلة الفردية أو البنود. وتكون صـياغة البند ذات أهمـيـة قـاطعة. ويوضح سـادمـان وبرادبيرن (Sudman & Bradburn, 1982) هذا من خلال الحكاية النادرة التالية التى تفتتح كتابهما «توجيه الأسئلة» Asking Questions:

يمكن أن تتضح أهمية الصياغة الدقيقة للأسئلة بمثـال معروف جيداً . تناقش إثنان من القساوسة عما إذا كان يعتبر إثماً أن تدخن وتصلى فى نفس

الوقت. وبعد الفشل فى الوصول إلى استنتاج، ينصرف كل منهما لاستشارة رئيس أعلى نسبياً. ويتقابلا الأسبوع التالى مرة ثانية. يقول أحدهما «حسناً» ماذا قال رئيسك؟ ويجيب الثانى، قال «لامانع من ذلك»، «ذلك مضحك» ويقول الأول «رئيسى قال أنه كان إثماً». فيسأله القسيس الثانى عن ماذا سألته، فيجاوب الأول «سألته عما إذا كان لامانع من التدخين أثناء الصلاة»، «أوه» ويقول الثانى سألت رئيسى عما إذا كان من الصائب أن نصلى فى حين أننا ندخن».

وهكذا يبدو أن الصياغة لابد وأن تكون صائبة تماماً، ومن أجل تحقيق ذلك لابد من الالتفات إلى بعض المبادئ الرئيسية الموصوفة أدناه:

**الحيادية:** يجب أن لا تتميز لغة البند للمستجيب، أى يجب أن لاتوحى بإجابة. وتأخذ الأخطاء الممكنة شكل أسئلة رائدة (أسئلة غير حيادية، توحى بإجابة)، أو أسئلة بمقدمات ضمنية (إفتراضات مبينة تشير إلى وجهة نظر السائل) أو كلمات أو صيغ متشبعة (ملونة إنفعالياً وتوحى بشعور تلقائى للموافقة أو الرفض). ومن أمثلة تلك الأسئلة المثيرة للمشاكل، هى :

«هل تظن أن ....؟»و«ألا تظن أن ....؟»، فهذه أسئلة تجذب إلى الاستجابة «بنعم» .

متى توقفت عن ضرب زوجتك؟ فقد أصبح هذا المثال أكلشيه خاص بافتراض ضمنى، إنه يفترض أن المستجيب كان يضرب زوجته (Payne,1951). وعادة يجب تجنب مثل هذه الأسئلة، ومع ذلك، توجد أوقات يكون فيها المقدمات الضمنية نافعة لجعل السلوك سوياً، وذلك بإعطاء المستجيب إذناً للحديث بأمانة. على سبيل المثال، قد تستخدم دراسات خاصة بالسلوك الجنسى أحياناً السؤال التالى «كم كان عمرك فى المرة الأولى التى

قمت...؟» أكثر من القول «هل حدث...؟» «مامدى التكرار الذى تراجع فيه إلى مـرشد؟» فـهـذا السـؤال هو شكل خادع للمـقـدمـة الضـمنية، إنه يفـتـرض أن المستجيب يراجع إلى مرشد. وسيكون من الأفضل أن يتضمن «إذا حدث بأية حال» أو حتى أفضل، الحصول على سؤالين منفصلين، على سبيل المثال «هل تراجع المرشد ...؟» وإذا كانت الإجابة (بنعم)، فتسأل «مامدى التكرار ....؟»

«لماذا لم ترجع إلى مـرشـد مـرات أكـثـر؟»، فـهـذا السـؤال يفـتـرض أن الرجوع إلى المرشد بشكل متكرر يكون مرغوباً. ويكون السؤال الأفضل «ماهى العوامل التى تؤثر فى قراراتك الخاصة بالرجوع إلى المرشد؟ .

«مامدى التكرار الذى حدث إن إنهرت فيه وقمت بالصياح؟» «فالانهيار» صيغة مشبعة تعطى الصياح تضمينا سلبياً. وفى هذه الحالة، يمكن حذفه ببساطة .

**الوضـوح والبساطة:** من الأفـضل إسـتـخـدام لغة يومية بسيطة وواضـحة تتبنى نغمة محادثة،تأكد أنها لاتتطلب مستوى قراءة أو مفردات متقدمة جداً بالنسبة للمستجيبين لك. وبصفة خاصة، حاول تجنب اللغة النفسية غير المفهومة (من المفيد أن تطلب من غير الأخصائى النفسى أن يقرأ إستبياناتك لتكتشف ذلك). وغالباً مايصبح الأخـصـائيـون النفسـيون مـعـتـادين على لغتهم الفنية الخاصة التى ينسـون أن الأفراد العامـة لايفهموها أو يجدوها غريبة. وهذا هو سبب آخر لماذا يكون حيوياً أن تجرب الاستبيان على أشخاص عاديين .

**التحديدية:** يؤدى نقص التحديد إلى الغموض. على سبيل المثال «هل حدث أن عانيت من مشاكل إنفعالية؟»، فنجد أن الصياغة «مشاكل إنفعالية» تعنى أشياء مختلفة لأفراد مختلفين. ولذلك، فمن الأفضل تحديدها أو استخدام بدائل. ومن ناحية أخرى، تستطيع أن تترك الصيغة كما لو

كانت، إذا أردت أن تتركها مفتوحة للتفسيرات الخاصة للناس. «هل تعانى من ألم الظهر؟»، فمن الأفضل أن تعطى إطاراً زمنياً، على سبيل المثال، «فى الأسابيع الماضية»، وأن يحدد كذلك المنطقة التشريحية، ربما بمساعدة رسم بيانى. «هل تحب القراءة؟» (نعم، إنى أقرأ طوال الوقت) .

**أسئلة فردية:** من الأفضل أن تسأل عن شيء واحد فى المرة فالمشاكل تنشأ بأسئلة مزدوجة الكمية، أى، تلك الجزأين مستقلين: «هل كنت راضياً بالإشراف ومدى الخبرة فى مكانك السابق؟»، فيمكن أن يكون المستجيب راضياً بالإشراف ولكن ليس بمدى الخبرة .

«هل كنت راضياً بمكانك أو كانت توجد بعض المشاكل به؟»، والجزءان ليسا مانعين على نحو مشترك: فيمكن أن يكون المستجيب راضياً بمكان رغم وجود مشاكل به .

«والتأكد من أن المرضى يأخذون مداواتهم يجب أن يعطى الأطباء النفسيون سلطة أكبر للمداواة القهرية». فالمستجيب يمكن أن يعارض مع مضمونات المقدمة الأولى، ولكن يوافق مع التقرير أو الجملة الأخيرة .

**الاختصارية:** تفضل البنود القصيرة، حيث يصعب جداً معالجة الجمل ذات العبارات المتعددة .

## بناء مقياس الاستجابات : Constructing the response scale

يعطى مقياس التقدير Rating scale المستجيب قيمة عددية لنمط مامن الحكم. ويوجد عدد من أنماط المقاييس المتنوعة: مقاييس جتمان Guttman scales، ومقاييس ثرستون Thurstone scales، والرتب Rankings... إلخ (Nunnally, 1978). وهنا، سوف نفحص إلى حد بعيد المقياس المستخدم

بشكل أكثر مايكون شيوعاً «مقياس ليكرت» Likert scale (أنظر شكل (٢) كأحد الأمثلة) .

كم عدد نقاط المقياس؟ فيمكن أن تتدرج نقاط المقياس من إثنين إلى أعلى. (تُعرف المقاييس ذات الإختيارين باعتبارها «ثنائية» وتُعرف المقاييس ذات الثلاث إختيارات أو أكثر «اختيارات متعددة») وقد توجد أسباب منطقية لاستخدام عدد معين من الاستجابات: على سبيل المثال، تتطلب بعض الأسئلة بوضـوح إجـابة نعم/ لا. ومع ذلك، إنه أكـثـر تكراراً حـالة أن مـقـيـاس الاستجابات يجب أن يتقرر بواسطة الباحث والقضايا الأساسية، وهى :

- يزيد الثبات مع نقاط أكثر فى المقياس (Nunnally, 1978) ، بالرغم أنه يتضاءل بعد خمس نقاط (Lissitez & Green, 1975) . وبالإضافة إلى ذلك، فإن معظم الناس يجدوا من الصعب تمييز أكثر من سبع نقاط. وبصفة عامة، يميل الناس إلى تجنب النهايات القصوى من المقاييس (ظاهرة معروفة بالميل المركزى: Central tendency). ويعنى هذا أنه من الأفضل عادة الحصول على خمس نقاط على الأقل بالمقياس، لأنك إذا حصلت على ثلاث أو أربع فإنك تميل إلى الحصول على قدر كبير من الاستجابات فى الوسط .
- بدلاً من استخدام نقاط مقياس منفصلة، فإن مجالاً آخر هو شبيه بمرئى) وبعد ذلك تستخدم مسطرة لعمل القياس (Mc Cormack et al., 1988) ويستخدم هذا بشكل شائع، على سبيل المثال، لتقييم شدة خبرة المستجيب بالألم (Pearce, 1983) .

**أحادى القطبية أم ثنائى القطبية؟** يمكن أن تكون مقاييس الاستجابات أحادية أو ثنائية القطبية. والمقياس أحادى القطبية له بناء واحد فقط، ويختلف فى الدرجة. على سبيل المثال، مقياس يقيس شدة الألم التى قد

تتدرج من «لاألم على الإطلاق» إلى «ألم غير محتمل». والمقياس ثنائي القطبية له محددات وصفية عكسية في كل من نهايتي المقياس (على سبيل المثال، «نشط» في إحدى النهايتين و«سلبي» في النهاية الأخرى). وفي الشكل (٢)، فإن مقياسي الموافقة والسعادة هما ثنائيا القطبية، والأخرى أحادية القطبية .

**الموافقـة :**

إلى أي حد توافق أو تعارض كل من العبارات التالية :

| أعارض بشدة | أعارض بدرجة متوسطة | أعارض بدرجة بسيطة | لا أعارض ولا أوافق | أوافق بدرجة بسيطة | أوافق بدرجة متوسطة | أوافق بدرجة شديدة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ٣- | ٢- | ١- | صفر | ١+ | ٢+ | ٣+ |

**التكـرار:**

ماعدد المرات التي تقوم ... ؟

| إطلاقـاً | نادراً | أحياناً | غالباً | غالباً جداً | دائماً |
|---|---|---|---|---|---|
| صفر | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

**درجـة / قـوة**

إلى أي حـد .... ؟

| صفر | لاإطلاقـاً |
|---|---|
| ١ | نـادراً |
| ٢ | متوسط |
| ٣ | شديـد |

**كميـة / نسبـة**

ماعـدد ....... ؟

| صفر | لاشــي |
|---|---|
| ١ | قليل جداً |
| ٢ | بعـض |
| ٣ | جميـع |

**شكل (٢)**

**أمثلة خاصة بكلمات مُثبتة خاصة بمقياس ليكرت**

**نقطة متوسطة:** قد تكون أو لاتكون المقاييس ثنائية القطبية لها نقطة متوسطة، تمثل مثل هذه الاختيارات «لاأعرف»، «محايد» أو «لاهذه الناحية ولاالأخرى»، وبكلمات أخرى، قد يكون لها عدد فردى أو زوجى من الخطوات.

ويتمثل الجدل ضد الحصول على نقطة متوسطة فى أن الناس عادة يعتنقون رأياً، وطريقة أو أخرى، سوف يعبرون عنها إذا دفعتهم قليلاً. ويعرف هذا الإجراء «بالاختيار القسرى» Forced choice. على سبيل المثال،هل توافق أو لاتوافق على العبارات التالية؟، فهذا إختيار إجبارى يجعل تحليل البيانات أسهل، لأن المستجيبين يمكن أن يقسموا إلى أولئك الذين يعبرون عن رأى إيجابى وأولئك الذين يعبرون عن رأى سلبى. ومع ذلك، إذا صيغ سؤالاً على نحو جيد فإنك لابد أن تحصل على قدر كبير من الاستجابات المتوسطة فى المحل الأول .

ويتمثل بالنسبة للحصول على نقطة متوسطة فى أن الحيادية تمثل حكماً بديلاً أصيلاً، وهكذا فإنه أمر قسرى عدم السماح للمستجيبين بأن يعبروا عن آرائهم بالطريقة التى يريدونها.

**الإرتكاز:** يشير الإرتكاز إلى تسمية نقاط المقياس بكلمات وكذلك بأرقام. ففى العادة، أنت تريد تحديد الخطوات بوضوح، بحيث أن الناس يقدرون بنفس المعايير. ومع ذلك، فإن هذا يعمل إفتراضين للمقياس .

١ – أن المقياس له خواص فاصلة، أى أن خطواته كلها متساوية (على سبيل المثال، أن المسافة بين «ليس على الإطلاق» و«خفيفاً» تكون هى نفسها كتلك المسافة التى بين «جداً» و«إلى أقصى حد» .

٢ – أن الناس يفهمون نفس الشىء بكل الصفات .

حاول أن تتجنب معدلات بمعانى غير دقيقة، على سبيل المثال، «تماماً» يمكن أحياناً أن تقوى (معادلة لـ«جداً») وأحياناً تتضاءل (معادلة لـ«نوعاً ما»).

**وجهات الإستجابة: Response sets**

تشير وجهات الاستجابة إلى ميل الأفراد إلى الاستجابة للبنود فى نواح ليست متعلقة بمحتواها (Anstasi, 1982). فقد تدرك البنود كمتغيرات شخصية في حد ذاتها. ووجهات الاستجابة المواجهة بشكل أكثر شيوعاً هى الإذعان والمرغوبية .

**الإذعان:** يشير هذا إلى ميل للموافقة أكثر من الرفض (قول – نعم). والمثال الكلاسيكى لمشكلة الإذعان هو مقياس ف – كاليفورنيا California F - Scale (Adarno et al., 1950) ، الذى ابتكر لقياس الميول الفاشستية (ويرمز الحرف F إلى .fascist) وتبين الدراسات المبكرة انعكاس البنود – أى البنود التى تم إستبدالها بمعكوسها – أن هذا المقياس كان يقيس فى المقام الأول الإذعان أكثر من الفاشيستية (بالرغم من أنه يوجد بعض النزاع الخاص بهذا الإستنتاج) (Rorer, 1965) .

وطريقة الإلتفاف حول مشاكل الإذعان هى أن تحصل على عدد من البنود المصححة بشكل إيجابى أو شكل سلبى فى المقياس. على سبيل المثال، فى مقياس التوكيدية Assertiveness Scale، البند «إذا قفز شخص ما إلى مقدمة الصف، سوف أرفع صوتى» سوف يصحح فى الإتجاه الإيجابى، فى حين البند «أميل إلى أن أتعاون مع أراء الناس الآخرين» يمكن أن يصحح فى الإتجاه السلبى. وهكذا عندما تعكس البنود ويؤخذ المتوسط، فإن أى ميول نحو الإذعان سوف تلغى نفسها .

**المرغوبية الإجتماعية:** تشير إلى ميل للإجابة على نحو مقبول بشكل شعورى أو لاشعورى(Crowne & Marlawe, 1960, 1964). وبصفة خاصة، هذه مشكلة فى القياس المهنى، مثل النصيحة الهزلية التالية التى توضح رجال الأعمال المهملين حينما يُطلب من فرد عن طريق

مؤسسة بأن يكشف مشاعره العميقة، فإن عليه واجب لنفسه بأن يعطى إجابات تخدم اهتمامه الذاتى أكثر من الإدارة. بالاختصار، لابد أن يخدع... فمعظم الناس يخدعون الاختبارات بأية حالة من الحالات. لماذا إذن، تعملها فى غير محلها؟... حينما تكون فى شك بالنسبة للإجابة الأعظم نفعاً، كرر لنفسك: أحببت والدى وأمى، ولكن أبى أكثر قليلاً .

وأحياناً قد يحاول المستجيبون أن يبدوا سيئين بشكل زائف، وقد يحدث هذا فى سياقات جدلية، حينما قد يحاول المذنبون الحصول على حكم أخف أو نظام أهدأ بالسجن. وقد يحاول العملاء الحصول على مساعدة فى أسرع وقت، فيبدو وكأنهم فى حالة نفسية سيئة حتى لاينتظروا فى قائمة الانتظار للعلاج .

ويمكن تقليل مشاكل المرغوبية الاجتماعية من خلال الآتى:

١ – إدراج مقياس للمرغوبية الاجتماعية فى نطاق الأداة الرئيسية، مثل مقياس الكذب فى استبيان أيزنك للشخصية (EPQ) & (Eysenk Eysonk 1975). واختبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (MMPI)(Hathaway & McKinley, 1951) وتقدم هذه المقاييس مقياساً مباشراً لمدى الاستجابة المرغوبة اجتماعياً. ووجدت دراسات التحليل العاملى أن لهذه المقاييس عنصران منفصلان، هما: الخداع الذاتى Self - deception وإدارة الانطباع Impression management (Paulhus, 1984) .

٢ – استخدام «بنوداً خادعة»، تكون فيها مقبولية الاستجابة غير ظاهرة، على سبيل المثال، فى اختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية. ورغم ذلك، فإن هذه الممارسة تثير أسئلة عن الصدق الظاهرى للمقياس .

## تجميع الاستبيان والنظر إلى الاستبيان:

**Assembling the questionnaire and looking ahead**

بعد أن تكون قد صممت مقاييس الأسئلة والاستجابات، تكون المهمة النهائية هي تجميعها كلها معاً. ويمكن أن تساعد طباعته المصممة تصميماً جيداً في سهولة نشره وسهولة قراءته (Dillman 1978) .

وإنه يستحق التكرار أنه عند وضع الاستبيان فلابد وأن تلتزم بمبدأ أساسى هو «اهتم بالمستجيب». وأحد نواحى هذا المبدأ هى ترتيب المحاور فى سياق منطقى، وجعل الانتقالات بين مجالات المحاور المختلفة ممهدة وممكنة. كما أن الأشياء البسيطة، مثل تقديم كل قسم بعبارات مثل «الآن سأقوم بسؤالك عن» يمكن أن تجعل مهمة المستجيب أسهل .

فكـر فـى تحليـل البيانات قبل عمل المسودة النهائية، لأنك قد تريد أن تطبـع تعليمـــات ترميز الكمبيوتر على الاستبيان.. وإذا أمكن، جرب بعـض التحليـلات السريعـة لفحص أسئلتك الخاصة بالبحث الرئيسى على العينة التمهيدية .

## تكامل طرق التقرير الذاتى الكيفية والكمية :

إنه يستحق التكرار والتأكيد على أن الفصل الحالى الخاص بالمقابلة والاستبيان المكتوب، والطرق الكيفية والكمية كان من أجل أغراض تعليمية، وليست عملية. ونرى أن كلاً من التبـاديل الأربعـة للطرق السـالفـة لهـا استخداماتها. ومن الممكن نشر استبيانات مكتوبة فى نطاق مقابلات لفظية ومـزج أسئلة ذات نهايات مفتوحة وذات نهايات مغلقة فى نفس الاستبيان أو فـى المقابلة. إنها غالباً ماتكون فكرة جيدة أن تبدأ وتنهى المقابلات بأسئلة

عامة ذات نهايات مفتوحة. ففى البداية، تعطى الأسئلة فرصة للمستجيب للحديث قبل أن يكون قد تأثر كثيراً بالإطار الخاص بالباحث، فى حين أنه فى النهاية تعطى الأسئلة فرصة للعميل لإضافة أى شىء قد لايكون تناوله فى نطاق ذلك الإطار .

مراجع الفصل الثانى :

1- Adorno, T., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D., & Sanford, R. (1950). The authoritrian personality. New York: Harper.

2- Anastasi, A. (1982). Psychological testing (5th edn.) New York: Macmillan.

3- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8,77-100.

4- Bergin, A., & Lambert, M. (1978). The evaluation of therapuitic outcomes. InS. Garfield & A. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2nd edn.). New York: Wieley.

5- Brenner, B., Brown, J., & Canter, D. (1985). The Research interview: Uses and approaches. London: Academic Press.

6- Brown, G., & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. London: Tauistock.

7- Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of scoial desirability independent of psychopathology. Journal of Consulting Psychology, 24, 349-354.

8- Crowene, D., & Marlowe, D. (1964). The approval motive: Studies in evaluative dependency. New York: Wiley.

9- Dillman, D. (1978). Mail and telephone surveys: The total design method. New York: Wiley.

10- Eysenck, H., & Eysenck, S. (1975). The Eysenck Personality Questionnaire (Adult). Sevenoaks: Hodder & Stoughton.

11- Fiske, S., & Taylor, S. (1991). Social cognition (2nd edn.). New York: McGraw-Hill.

12- Fransella, F. (1981). Repertory grid technique. In F. Fransella (Ed.), Personality: Theory, measurement and research. London: Methuen.

13- Harre, R. (1974). Blueprint for a new science. In N. Armistead (Ed.), Reconstructing social

psychology. Harmondsworth: Penguin Education.

14- Hathaway, S., & McKinley, J. (1951). Minnesota Multiphasic Personality Inventory manual. New York: Psychological Corporation.

15- Kelly, G. (1955). The psychology of personal contructs. New York: Norton.

16- Korchin, S. (1976). Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community. New York: Basic Books.

17- Lissitz, R., & Green, S. (1975). Effect of the number of scale points on reliability: A Monte Carlo approach. Journal of Applied Psychology, 60, 10-13.

18- Llewelyn, S., Elliott, R., Shapiro, D., Firth, J., & Hardy, G. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. British Journal of Clinical Psychology, 27, 105-114.

19- McCormack, H., Horne, D., & Sheather, S. (1988). Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. Psychological Medicine, 18, 1007-1019.

20- McCracken, G. (1988). The long interview. Newbury Park, CA: Sage.

21- Miles, M., & Huberman, A. (1984). Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods. Beverly Hills, CA: Sage.

22- Nisbett, R. , & Ross, L. (1980). Humman inference: Strategies and shortcomings of social judgement. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.

23- Nisbett, R., & Wilson, T. (1977). Telling more than we know: Verbal reports on mental processes. Psychological Review, 84, 231-239.

24- Patton, M. (1990). Qualitive evaluation and research methods (2nd edn.). Newbury Park, CA: Sage.

25- Paul, G. (1967). Strategies of outcome research in psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 31, 109-118.

26- Payne, S. (1951). The art of asking questions (Studies in Public Opinion number 3). Princeton: Princeton University Press.

27- Pearce, S. (1983). Pain. In J. Nicholson & B. Foss (Eds.), Psychology survey No. 4, Leicester: British Psychological Society.

28- Pistrang, N. & Barker, C. (1992). Disclosure of concerns in breast cancer. Psych-Oncology, 1,183-192.

29- Rice, L. & Sapiera, E. (1984). Task analysis and the resolution of problematic reactions. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.), Patterns of Change. New York: Guilford Press.

30- Rose, S., Kamin, S. & Lewontin, R. (1984). Not in our genes: Biology, ideology and human nature. Harmondsworth, Penguin Books.

31- Rossi, P., Wright, J., & Anderson, A. (Eds.) (1983). Handbook of Survey research. Orlando: Academic Press.

32- Sheatsley, P. (1983). Questionnaire construction and item writing. InP. Rossi, J. Wright, & A. Anderson (Eds.). Handbook of survey research. Orlando: Academic Pess.

33- Sommer, B. , & Sommer, R. (1991). A practical guide to behavioral research: Tools and techniques (3rd edn.). Oxford: Oxford University Press.

34- Strauss, J., Harding, C., Hafez, H., & Lieberman, P. (1987). The role of the patient in recovery from psychosis New York: Guilford Press .

35- Sudman, S., & Bradburn, N. (1982). Asking questions: A practical guide to questionnaire design. San Francisco: Jossey-Bass.

36- Taylor, S., & Bogdan, R. (1984). Introduction to qualitative research methods: The search for meaning (2nd edn.). New York: Wiley.

37- Wertz, F. (1983). From everyday to psychological description: Analyzing the moments of a qualitative data analysis. Journal of Phenomenological Psychology, 14, 197-241.

38- Wilkinson, S. (Ed.) (1986). Feminist social psychology: Developing theory and practice. Milton Keynes: Open University Press.

# الفصل الثالث

## أسس التصميم

## Foundations of Design

غطت الفصول السابقة العمل الأساسى ومراحل القياس الخاصة بعملية البحث، ويبدأ الفصل الحالى بفحصنا الخاص بمرحلة التصميم. وينطبق هذا الترتيب – المتمثل فى القياس الأول ثم التصميم – علَى كيف تذهب بخصوص تخطيط مشروع بحث واقعى: إنك تبدأ عادة بالتفكير الخاص بأى المتغيرات تهمك وكيف تقيسها، وبعد ذلك تفكر فى موضوع التصميم. ومن الآن فصاعداً، سوف نضع القياس خلفنا، عاملين لأغراض تعليمية، على الافتراض بأنه لايصعب البت فيه، حتى مع أننا نتبين أن هذه ليست هى الحالة فى الغالب .

ولتوضيح مانعنيه بالاصطلاح «تصميم»، فكر فى الأسئلة «ماذا؟»، «متى؟»، «أين؟» و«من؟» بخصوص أى مشروع بحثى. فالقياس هو شكل «ماذا؟»: ماالذى يدرس، وماالقياسات التى تعمل. ويشير التصميم – بالمعنى الذى نستخدمه هنا – إلى «متى، وأين وعلى من» يؤخذ القياس والبناء المنطقى الذى يُرشد إلى تجميع بيانات الدراسة. وهو يغطى مثل هذه المحاور كالجدارة النسبية لعينة كبيرة مقابل دراسة حال منفردة، ومانمط المجموعة الضابطة إذا طُلب ذلك، ومن هو المشارك الذى سيكون. كما يُستخدم أحياناً كلاً من تصميم بحث الاصطلاحات Terms research والتصميم التجريبى بمعنى أوسع للإشارة إلى كل شىء يعمل مع التخطيط وينفذ مشروع البحث، ومرادف مع استخدامنا لطرق بحث الاصطلاح. ويتسق المعنى الأكثر تقييداً لتصميم الاصطلاح الذى نستخدمه هنا مع استخدامه فى الكتابات الإحصائية (Kirk, 1982; Keppel, 1991) . وسواء أكان المعنى الأوسع أو الأضيق مقصوداً فإنه واضح عادة من السياق .

ويمكن أن تصنف تصميمات الأبحاث إلى نمطين أساسيين، هما: التصميمات التجريبية وغير التجريبية. وتتضمن التصميمات التجريبية تدخلاً نشطاً بواسطة الباحث، مثل إعطاء نمط واحد من العلاج لبعض العملاء ونمط ثان للآخرين، في حين أنه في التصميمات غير التجريبية، يأخذ الباحث المقاييس بدون تغيير الظاهرة أو الموقف الذى يتم قياسه. ويعكس هذان المجالان للتصميم «فرعى علم النفس العلمى» Scientific Psychology (Cronback, 1957, 1975). وغالباً مايهتم التجريبيون على نحو أكثر بفحص التأثير العلى (السببى) للعوامل الخارجية والتى تكن عرضة للتغير التجريبي، وغالباً مايكون غير التجريبيين أكثر إهتماماً بالنسبة لمتغيرات الشخص. وسوف نقتصر فى هذا الفصل على التمييز التجريبى /غير التجريبى وعمل تمييزات فرعية هامة متنوعة .

## التصميمات غير التجريبية: Non- Experimental Designs

يمكن تصنيف التصميمات غير التجريبية طبقاً لأهدافها إلى تصميمات وصفية وارتباطية. وكما هو واضح من إسمها، فإن التصميمات الوصفية تهدف عادة ببساطة إلى الوصف، فى حين تهدف التصميمات الارتباطية إلى فحص العلاقات وعمل التنبؤات، واستكشاف الارتباطات العلية .

## التصميمات الوصفية: Descriptive Designs

تبدو الأمثلة الخاصة بالدراسات الوصفية على نحو متكرر فى وسائل الإعلام، ومسح الرأى العام والذى يسأل فيه المستجيبون عن ما هو الحزب السياسى الذى ينوون التصويت لصالحه، والإحصاء القومى الذى يقرر. على

سبيل المثـال، النسبـة المئـوية للناس الذين يعـيشـون فى أنماط مـتنوعـة من الإعاشة، والإحصائيات القومية للبطالة. ومع ذلك، فإن أهمية البحث الوصفى المنهـجى يغـفل عنه بصـفـة عـامـة الأخـصـائيـون النفـسيـون الإكلينيكيـون والإرشـاديون، بالرغم من أن مـثل هذا البحث يكون قيمـاً إلى أقصى حد فى الغالب كخطوة أولية فى فهم الظواهر ذات الاهتمام. **وتتمثل بعض الأمثلة الخاصة بالدراسات الوصفية فى الآتى :**

- بحث إرضاء المستهلك، الذى يقيم رضا العملاء بخدمات نفسية .
- بحث ظاهرى، يهدف إلى فهم طبيعة وتحديد ملامح نمط معين من الخبرة .
- بحث وبائى وصفى، يهدف إلى توثيق حـدوث وانتـشـار مشـاكل نفسية معينة .

وعلى نحـو طبـيـعى كاف تقـرر الدراسـات الوصـفـية الكميـة نتـائجـها باسـتـخـدام إحـصـائيـات وصـفـيـة. وهذا هو اصطلاح فنى يغطى مـثل هذه الإحصائيات كالنسبة المئوية، والمتوسط، والحدوث، والانتشار. ومع ذلك، فإنه من النادر أن تحصل على دراسة وصفية نقية، لأن الباحثين غالباً مايريدون فحص الارتباط بين متغيرين أو أكثر ذوى أهمية. على سبيل المثال، فى دراسة رضا العميل وخصائص ديمجرافية للعميل، مثل النوع أو العرقية. ويؤدى هذا إلى النمط التالى للدراسة، التصميم الارتباطى .

## تصميم الارتباطات: Correlational Designs

تهدف الدراسات الارتباطية إلى فحص العلاقة بين متـغيرين أو أكثر: بلغة فنية، لترى ماإذا كان هذان المتغيران مرتبطين أو مشاركين مع بعضهما الآخر. ومثل هذه الدراسـات تسمى كذلك دراسات مـلاحظة طبـيعية أو سلبية. (الملاحظة السلبيـة، كـتـصـميم بحـثى، لابد أن لاتكون مـخـتلطة مع مـلاحظة

المشـارك، التى هى طريقة جمع بيانات). ففى الدراسـات الارتبـاطيـة، يقـيس الباحثون عدداً من المتغيرات لدى كل مشارك، بهدف دراسة الارتباطات بين هذه المتغيرات. ومع ذلك، فإن الاصطلاح تصميم ارتباطى يكون مضللاً إلى حد مـا، لأنه يقـتـرح أن الارتبـاطات بين المتـغـيـرات سـتكون مُقيّمـة أو محـسـوبة باستخدام معامل ارتباط. وتتمثل إعاقة معاملات الارتباط فى أنها تقيس نمطاً واحداً فقط من الارتباط بين المتغيرات، أى، ارتباط خطى. وحيث أننا نضمن كذلك فحص الارتباطات غير الخطية بين متغيرين تحت هذا العنوان (بالرغم من أن هذا يتم على نحو غير متكرر بواسطة معظم الباحثين النين يميلون إلى قصر انتباههم على النماذج الخطية)، فإن التصميمات العلاقاتية للاصطلاح ربما تكون أكثر ملائمة (Elliott in Press) . ومع ذلك، فإننا نبقى الاصطلاح تصميمات ارتباطية للاتساق مع التراث المؤسس .

والمثـال المعـروف جـيداً لتـصـمـيم ارتبـاطى هو راسـة براون وهاريس (Brown & Harris, 1978) للأصول الاجتماعية للاكتئاب التى نظرت فى الارتبـاط بين اكتئاب النسـاء وخبراتهن الخاصة بأحداث الحـياة الضـاغطة وعوامل استـهدافية (مثل الود المنخفض مع الزوج وفقد الأم قبل عمر إحدى عشر سنة). وغالباً ماتُستخدم التصميمات الارتباطية كذلك لفحص الفروق الفردية، على سبيل المثال، فى التنبؤ بأى العملاء سوف يستجيبون على نحو أفضل لتدخل نفسى. إن فحص مثل هذه الارتباطات هو خطوة أولية شائعة فى التفسير العلى، أى، قد يحاول أحد الأخصائيين الإكلينيكيين أن يتنبأ بما سوف يحدث لمن (على سيبل المثال، فى العلاج أو الإرشاد) لفهم السبب فى الحدوث (على سبيل المثال، ماهى العناصر التكاملية الفعالة؟)، أو لتحسين التطبيق (على سبيل المثال، لتعلم كيف تزيد عواقبه) .

إنه بحث تطوير القـيـاس والذى يهـدف إلى تنمـيـة وتقـويم أو تحـسين المقاييس، يستخدم كلاً من التصميمات الوصفية والارتباطية. وكما ناقشنا فى الفصل الثانى، فإن إبتكار مقياس جديد يتضمن قياساً مكثفاً للثبات والصدق، الذى يتضـمن إطاراً ارتباطياً وكذلك تقديم بيانات مـعيارية للمقـياس، الذى يكون شكلاً من الدراسة الوصفية .

وقـد تكون التصـميـمات الارتبـاطيـة ذات مـقطع عرضى، تتم فـيـهـا كل الملاحظات فى نفس النقطة الزمنية، أو قـد تكون طولية، يتم فـيـهـا القيـاس فى نقطتين مختلفتين أو أكثر. وقد تستخدم الدرأسات الارتباطية مقاييس ارتباطية إحصائية بسيطة، على سبيل المثال، كا[٢] ومعاملات الارتباط، أو طرق متعددة التباين، مثل الانحدار المتعدد، والتحليل العاملى. كما قد تستخدم تقنيات متقدمة تهدف إلى رسم البناء الأساسى لمجموعات البيانات المعقدة. وقد تقع هذه تحت أسماء متنوعة: تحليل المسار، والنموذج السببى (Fassinger, 1987; Hoyle, 1991) وتُستخدم هذه الأساليب لتقويم كيف أن النماذج الخاصة بالمفاهيم تولد على نحو جيد من بحث سابق أو نظرية تلائم البيانات .

وتحليل المسـار Path analysis هو كل من تحليل مـفـاهيـمى وإجـراء لاختبار نماذج سببية. ويعتبر إطاره أداة نافعة للتحقق من بحثك، حتى ولو أنك لم تنفذ أبداً تحليل مـسـار رسـمى، لكنه يضطرك إلى الاسـتـخـدام لتـوضـيح نموذجك النظرى. كـمـا أنه نافع لمحـاولة إدراك النتـائج الخـاصـة بدراسـات ارتباطية. وجوهر تحليل المسار هو أنه يحكى قصة فى شكل تخطيط بيانى أو رسم انسيابى، يوضح ماهى المتغيرات التى تؤثر فى غيرها .

## الارتباط والسببية :

يتمثل العائق الرئيسى للدراسات الارتباطية فى أنه لايمكن أن تستخدم لعمل استدلالات سببية كفؤ. فالقانون الذهبى لتصميم البحث هو: الارتباط لايساوى العلية. وقد توحى الارتباطات بشدة بالتأثيرات السببية، ولكنها لاتستطيع أن تؤسسها بحزم. وسوف ترى هذه القاعدة المتجاهلة بشكل متكرر فى الصحافة الشعبية وأحياناً فى التراث المهنى كذلك .

ويتضمن وجود وطبيعة العلاقات السببية بعض المشاكل الفلسفية الصعبة (Cook & Campell, 1979' White, 1990) . فحينما نقول أن (أ) يسبب (ب)، فنحن نلمح إلى أربع حالات، هى: (١) أن (أ) و (ب) يتلازمان، أى يميلان إلى الحدوث على نحو مشترك، (٢) أن (أ) يسبق (ب)، (٣) أن العلاقة بين (أ) و (ب) غير زائفة، أى أنها لاتُفسر بمتغيرات أخرى، (٤) إذا تغير (أ) فإن (ب) سوف يتغير كذلك. وفى علم النفس وعلم الأوبئة Epidemology غالباً مانتعامل مع أسباب احتمالية أكثر من أسباب تحديدية. وهكذا، فحينما نقول أن التدخين يسبب سرطان الرئة أو أن الفقر بسبب صحة مريضة، فإننا لانتحدث عن سببية مؤكدة (توجد دائماً استثناءات) ولكن عن مخاطرة متزايدة.

وغالباً سوف تؤسس الدراسات الارتباطية الشرط الأول، بأن المتغيرين (أ و ب) يتلازمان. أما المعلومات المتعلقة بالشرط الثانى، كيف أنهما مرتبطان فى الزمن، فسوف تكون معروفة عادة. والشرط الثالث، ذلك الخاص باستئصال التفسيرات الزائفة، يمكن تناوله إلى حد ما مع إطار ارتباطى. ودعنا نأخذ مثالاً مبسطاً، مشتقاً من نظرية التمركز حول العميل (Rogers, 1957). (افترض أن متغير (أ) يمثل التقمص العاطفى للمرشد والمتغير (ب) يمثل عاقبة

العميل فى نهاية الإرشاد. فنجد أن عدد من الاستدلالات عن علاقتهما يكون ممكناً، كما هو موصوف فى تخطيطات المسار البسيط التالى (الذى يشير فيه السهم إلى الاتجاه الخاص بعلاقة سببية):

١ - (أ) ←—— (ب)

أى، (أ) يسبب (ب): يؤدى التقمص العاطفى للمرشد إلى عواقب أفضل للعميل .

١ - (ب) ←—— (أ)

أى (ب) يسبب (أ): يميل العملاء الذين يتحسنون فى العلاج إلى يولدوا استجابات تتسم بالتقمص العاطفى من مرشديهم .

٣ - (أ) (ب)
(جـ)

ينتج كل من (أ) و(ب) من متغير ثالث (جـ)، على سبيل المثال، نزعة نفسية للعميل. يمكن أن يحصل العملاء الأكثر ميلاً من الناحية النفسية بسهولة على عواقب أفضل فى الإرشاد ويولدون كذلك تقمصاً عاطفياً لدى مرشديهم. وهكذا، فإن العلاقة السببية الظاهرة بين (أ) و (ب) تكون زائفة، أى أنها تفسر كلية عن طريق المتغير الثالث (جـ). ووجود مثل هذا المتغير الثالث قد يقدم تفسيرات سببية منافسة تمنع الباحث من استنتاج استلالات سببية دقيقة ومن ثم تخفض صدق الدراسة .

٤ - (أ) ←—— (د) ←—— (ب)

لايؤثر (أ) فى (ب) مباشرة، ولكن على نحو غير مباشر عن طريق (د). يمكن أن يؤدى التقمص العاطفى المرتفع لدى المرشد إلى استكشاف ذاتى متزايد للعميل، ويمكن أن يؤدى إلى نتيجة أفضل للعميل. وتعرف المتغيرات مثل

(د) «بالمتغيرات الوسيطة» Mediating variables (Baron & Kenny, 1986) .

٥ - (أ) ـــــــ (ب)
(هـ)

تختلف العلاقة بين (أ) و (ب) طبقاً لقيمة (هـ). فيمكن أن تمثل (هـ) نمط العميل الذى يقدم المشكلة. على سبيل المثال، قلق، أو اكتئاب، أو متغير ديمجرافى مثل العمر أو النوع. وتعرف المتغيرات مثل (هـ) «بمتغيرات معدلة» Moderator variables (Baron & Kenny, 1986) .

إن فن التصميم البحثى هو جمع بيانات بطريقة مثل فحص تأثير المتغير الثالث والمتغيرات الوسطية أو المخففة (المعدلة)، من أجل أن تكون قادراً على استنتاج استدلالات واضحة عن العلاقات بين المتغيرات المدروسة. ويساعد هذا على تناول ثالث الحالات السالفة للاستدلال على العلية، أن العلاقة السببية الظاهرة ليست زائفة .

ومع ذلك، فإن التصميمات العلاقاتية تكون أقل جودة عند تناول رابع الحالات السالفة، أن تغيير المتغير (أ) ينتج تغييراً مطابقاً فى المتغير (ب). وهذا هو جوهر التصميمات التجريبية: معالجة متغير واحد أو أكثر فى وقت معين. إنه يتم لتوضيح أن التأثير فى أحد المتغيرات يؤثر فى الآخر، وكذلك فى الوصول إلى تفسيرات سببية منافسة ممكنة .

## التصميمات التجريبية: Experimental Designs

إن كلمة تجربة لها نفس الجذور مثل كلمة خبرة: يشتق كل منهما من اللاتينية من أجل حاول أو اختبر. ويفكر الأخصائيون النفسيون عادة فى

تجربة كدراسة تتضمن مخصصات عشوائية لمجموعتين أو أكثر من الشروط. ومع ذلك، فإن هذا الرأى هو تطور حديث (فى غضون الثلاثين إلى الخمسين سنة الماضية) ويمثل تضييقاً منهجياً تحت تأثير الفلسفة الوصفية والبحث الطبى البيولوجى Biomedical research . وفيما مضى واليوم فى استخدامها العادى، تشير التجربة إلى «التصرف الخاص بمحاولة أى شىء، أووضعه فى بروفة أو تجربة، واختبار، ومحاولة»، أو تصرف أو عملية يتعهد بها لاكتشاف شىء ما غير معروف، لاختبار فرض أو تأسيس أو إيضاح حق ما معروف (Oxford English Dictionary) . وهكذا، يستدل المجرب بمنهج طبيعى من الأحداث، لكى يشيد موقفاً فيه نظريات متنافسة يمكن اختبارها. وغالباً ماتهتم هذه النظريات بالمؤثرات السببية بين المتغيرات. ففى الفيزياء، بدأ التجريب الرسمى مع جاليليو Galileo ، الذى حاول أن يختبر نظرياته الخاصة بالديناميات بدحرجة كرات أسفل أسطح مائلة (Chalmers, 1990). بادئاً بما نسميه الآن الطريقة الاستدلالية القائمة على الافتراض Hypothetico - deductive method. وقبل جاليليو، اعتمد العلم على استنتاج تعميمات من ملاحظات سلبية ومن تجريب رسمى قائم على المحاولة والخطأ .

والتصميمات التجريبية هى اهتمام خاص بالأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين والإرشاديين لأن العمل العلاجى نفسه يمكن أن يفكر فيه باعتباره تدخلاً تجريبياً. إن المعالج يأخذ فى الاعتبار موقفاً يصعب البت فيه فى حياة العميل، ويكون فرضاً عن مايسببه ومايمكن أن يعمل لتحسينه، ويحاول تغيير شىء ما خاص به ثم يلاحظ النتائج، وهنا تكون الدلالة المؤقتة للتجربة مناسبة: وإذا لم ينجح التدخل، فإن المعالج يكرر حينئذ الدائرة بإعادة صياغة المشكلة

محاولاً شيئاً ما آخر ومرة أخرى يقوم بملاحظة النتائج. ويعتمد هذا المجال التجريبي للعمل العلاجي على جوهر النموذج العلمي التطبيقي .

وكمثال، تستخدم معظم دراسات عواقب العلاج النفسي التصميم التجريبي. على سبيل المثال، دراسة سلون وزملائه (Sloane et al., 1975) الكلاسيكية عن عواقب مقارنة والتى قسمت العملاء إلى إما أن يتلقوا علاجاً نفسياً ذا توجه سيكوديناميى أو يتلقوا علاجاً سلوكياً. ومجموعة ضابطة فى قائمة الانتظار (وقد بينت النتائج أن كلتا المجموعتين من عملاء العلاج تحسنوا أكثر من أفراد المجموعة الضابطة) .

## الاصطلاحات الفنية: Terminology

توجد كمية هائلة من الاصطلاحات الفنية فى مجال التصميم التجريبى. فالعلاج الذى يتنوع بواسطة المجرب يعرف بالمتغير المستقل أو التجريبى، وقياس التأثير التجريبى للمتغير يعرف بالمتغير المعتمد (التابع). ففى دراسة «سلون وزملائه» (١٩٧٥) يعتبر المتغير المستقل هو الحالة التجريبية (العلاج السيكوديناميى، العلاج السلوكى) والمتغيرات التابعة هى مقياس الأعراض النفسية وشدة الأسى والأداء الاجتماعى والتى كانت مستخدمة لتقييم تحسن العملاء (لاحظ أن الاصطلاح «مجموعة» غالباً مايستخدم للإشارة إلى أحد الشروط التجريبية، وأنه محير على نحو كامن فى هذا التطبيق إلا أنه يوحى على نحو خاطئ أننا نستخدم العلاج الجماعى أكثر من العلاج الفردى). وبشكل أكثر تكراراً، تخضع واحدة أو أكثر من المجموعات فى التصميم لتدخل تجريبى أو معالجة، فى حين أن مجموعة أخرى تكون ضابطة، لأنها تستخدم للاستبعاد أو الضبط للتأثير الخاص بواحد أو أكثر من المتغير

الثالث. على سبيل المثال، مجموعة قائمة الانتظار في دراسة «سلون وزملائه» (١٩٧٥) إستُخدمت للضبط بالنسبة للفوائد العلاجية الممكنة الخاصة بمقابلات التقييم وكذلك أى تأثيرات لتوقعات العميل عن العواقب .

وقد تم تغطية أنماط كثيرة من التصميمات التجريبية فى الكتابات الإحصائية المتخصصة (أنظر مثلاً: Kirk, 1982; Keppel, 1991) ، وتتمثل هذه التصميمات فى التصميمات العاملية وغيرها من التصميمات والمربعات اللاتينية ذات المقاييس المتكررة – وسوف ننظر هنا إلى بعض التصميمات البسيطة. فالطريقة الإحصائية المستخدمة فى دراسات تجريبية هى فى العادة تحليل التباين (ANOVA) أو طرق متصلة مثل اختبار (ت)، وتحليل التباين المتعدد (MANOVA)، وتحليل التلازم (ANCOVA) ، والتحليل التمييزى. ومع ذلك، قبل فحص بعض أمثلة معينة، فإنه من المفيد أن نأخذ فى الاعتبار بعض المبادئ العامة للصدق، من أجل تقديم إطار للتفكير الخاص بنقاط القوة والضعف الخاصة بأى تصميم معين .

## تحليل صدق كوك وكامبل :

إن العمل التأثيرى لكامبل وزملائه (Campbell & Stanley 1966, Cook & Campell, 1979) لايمكن الاستغناء عنه: فكتاب «كوك وكامبل» (١٩٧٩) قراءة مطلوبة (بالرغم من أنها تصعب أحياناً) بالنسبة لباحثى علم النفس التطبيقى. وقد طورت أفكارهم فى سياق التصميمات التى تحاول أن تستدل على السببية والتى نتناولها هنا تحت التصميمات التجريبية. ومع ذلك، فإن المفاهيم يمكن أن تطبق على كل التصميمات سواء كانت وصفية أو ارتباطية أو تجريبية.

ويعتبر الإقحام المركزى هو تحليل ذى أنماط مختلفة من الصدق. والآن نحن نستخدم مفهوم الصدق بمعنى أوسع مما تم الإشارة إليه فى الفصول السالفة. فهنا سوف نتحدث عن صدق الاستنتاجات التى يمكن أن تصل إليها من الدراسة ككل. قدم كامبل وستانلى (١٩٦٦) التمييز الأساسى بين الصدق الداخلى والخارجى. فيشير الصدق الداخلى إلى الدرجة التى يمكن أن يستدل على العلية من دراسة: أى بلغة التجريب، هل يقدم المتغير المستقل التغيرات فى المتغير التابع؟. أما الصدق الخارجى والذى يسمى أحياناً بالصدق البينى، فيشير إلى الدرجة التى قد تعمم إليها نتائج الدراسة على مر الزمن .

وقد أخذت المعالجة الممتدة لكوك وكامبل« صدق الاستنتاج الإحصائى بالإضافة إلى الصدق الداخلى (ويهتم كلاهما بتفسير التلازم) والصدق البنائى بالإضافة إلى الصدق الخارجى (يهتم كلاهما بتصميم الدراسة – يمكن أن يُرى الصدق البنائى كتقييم للتصميم عبر قياسات مختلفة). ونحن هنا، سو ننظر لمجرد الصدق الداخلى) .

وتتمثل الأزمة المركزية فى أنه غالباً مايوجد استخدام متناوب بين الصدق الداخلى والخارجى فمن الممكن تحقيق صدق داخلى مرتفع فى المعمل، حيث يستطيع الباحث ممارسة ضبط هائل. والنقد الشائع لتجارب علم النفس الاجتماعى الخاصة بالستينيات والسبعينيات فى القرن العشرين، كان أنه بالرغم من أنها قد حققت صدق داخلى مرتفع بإجرائها فى محيط معملى منضبط بمجتمع متجانس (غالباً طلاب دون التحرج من الأمريكيين الذكور)، وبعملهم هذا قد ضحوا بصدقها الخارجى، أى تعميمها أو علاقتها بالعالم الحقيقى: وبكلمات قليلة، كانت التصميمات بارعة ولكنها اصطناعية (Armistead,1974).

كمـا ينطبق نفس النقـد على دراسـات مشـابهـة مـبكرة خـاصـة بالعلاج السلوكي، أجريت في شروط معملية اصطناعية لدى عملاء متطوعين (Shapiro & Shapiro, 1983) وعلى العكس، فـإن البـحث الميـداني الذي يُجـرى في مـحيطات طبيـعية في مـجتـمـعات إكلينيكية، عـادة مـايكون له صـدق خـارجي مرتفع. ولسوء الحظ، يكون هذا في الغالب على حساب الصدق الداخلي، حيث يكون التحكم التجريبي أكثر صعوبة بكثير من التحقيق في محيطات ميدانية. ويرجع هذا إلى مجموعة من الأسباب التي سنناقشها أدناه .

وتتمثل مشكلة عمل «كوك وكامبل» في أن كل تصميم يكون غير كامل، ولكن من الممكن تحليل العـواقب الممكنة لهذه العـيـوب والتي تعرف «بتـهـديدات الصدق» Threats Validity . ومهمة الباحث هي محاولة تحقيق تصميم تفاؤلي إذا ماسلمنا بالأهداف والقيود الخاصة بالبحث. وللاستشهاد بباحث بارز في العلاج النفسي «إن فن تصـمـيم أبحـاث ذات عـواقب يصـبح حينئذ هو أحد التسـويات الخـلاقة القـائمـة على فـهم واضح لمضـمـونات عـمل الاخـتـبـارات» (Shapiro, 1989: 164). ويعـتـبـر عـمل «كـوك وكـابمل» هو أداة لايمكن الاستغناء عنها بالنسبة للتفكير الخاص بعواقب مثل هذه التسويات.

## تصنيف كوك وكامبل لتصميمات البحث :

بالإضافة إلى تحليل قضايا الصدق، فإن كامبل وزملائه (Cambell & Stanley, 1966; Cook & Cambell, 1979) قد اقترحوا كذلك تصنيفاً خاصاً بالتصميمات. لقد قدموا تمييزاً أسياسياً بين التصميمات التجريبية وشبه التجريبية. وتعرف شبه التجربة بأنها تجارب لها معالجات وقياس عواقب ووحدات تجريبية، ولكنها لاتستخدم مخصصاً عشوائياً لخلق المقارنات التي

يستدل منها عى التغير الناتج من العلاج (Cook & Cambell, 1979: 6). ومع ذلك، ففى ضوء مناقشتنا السابقة الخاصة بالاصطلاح «تجربة» محددة على نحــو ضـيق جـداً فى نطاق علم النفس، ويبـدو أنه من الأفـضل اسـتـخـدام الاصطلاحات الأكثر دقة تصميمات عشوائية وغير عشوائية بدلاً من التجربة وشبه التجربة (Rossi & Freeman, 1993). ويعطى «كوك وكامـبل» تدويناً مكثفاً لتصميمات تجريبية ممكنة عشوائية وغير عشوائية. وسوف نأخذ فى الاعتبار هنا التصميمات المستخدمة بشكل أكثر شيوعاً كأمثلة توضيحية .

## التصميمات غير العشوائية: Non - randamised Designs

يم عقب الاختبار لمجموعة واحدة فقط .

يمكن وصف التصميم فى الرسم البيانى التالى :

X O

الملاحظة هى أن (X) يرمز للمعالجة، أى شىء مايُعمل للمشاركين، على سـبيل المثـال، تدخل إكلينيكى. وترمـز (O) إلى مـلاحظة أو قـياس لمتـغير أو لمتـغيـرات عـديدة. كمـا يمكن اسـتـخـدام الرسم البـيـانى – أيضـاً – لوصف التصميمات حيث (X)ليس مـعالجة تجريبية، ولكن بدلاً من ذلك حـدث ضـاغط آخر معين يقع لدى المشاركين، مثل مرض أو كارثة .

ويعـتـبر التـصـمـيم عقب الاخـتـبـار لمجـموعة واحدة فقط والمسـمى أصـلاً دراسة حـالة الطلقـة الواحـدة One - Shot Case study بواسطة «كـامـبل وستانلى» (١٩٦٦)، هو أبسط تصميم ممكن. إنه يتميز كتصميم شبه تجريبى بسـبب التـغيـر التـجـريبى رغم أن (X) يمكن أن يدرك – أيضـــاً – كنمط من دراسة وصفية. وأحد التطبيقات الشائعة فى دراسات رضا المستهلك التى يتم

مسح العملاء فيها خلال أو بعد تدخل نفسى لإكتشاف كيفية شعورهم بالنسبة إليه. فهو تصميم نافع لتوليد فروض عن السببية. ومع ذلك فإنه دائماً على وجه التقريب غير كاف للوصول إلى استدلالات عن علاقات علية، لأنه يزعم مغالطة منطقية (لأن B يحدث بعد A، ويجب أن ينتج B من A).

ومع ذلك، كما يلاحظ «كوك وكامبل» (١٩٧٩)، فإن هذا التصميم يجب أن يخرج من اليد فى بحث يهدف إلى قياس تفسيرات سببية. إنه يمكن أن يُنفذ إذا أتيحت معلومات كافية فى السياق، وبصفة خاصة إذا ماكان مجال عمـــل ســرى يبحـــث عن علامات أو إشارات للعلية - مـايسميه «كوك وكامبل» (١٩٧٩) «أسباب مشار إليها» Signed Causes. وفى السيـاق الإكلينيكى والإرشادى، فإن مثل هذه الإشارات قد تشمل تقديرات بعد معالجة للتغير المدرك أو تقديرات مكتملة بشكل إستعادى المستويات ماقبل المعالجة الخاصة بالأداء .

## تصميم قبل الاختبار- بعد الاختبار لمجموعة واحدة :

## One - group Pretest - Posttest design $_1O$ x $O_2$

هذاالتصميم يشبه التصميم السابق بالإضافة إلى قياس سابق يسمح حينئذ بتقدير مباشر للتغير عبر الزمن. على سبيل المثال، يُستخدم هذا التصميم بشكل شائع فى تقويم عاقبة خدمة إكلينيكية. وقد يطبق الأخصائى النفسى مقياس المشكلة، مثل قائمة بيك للاكتئاب على جميع العملاء قبل وبعد العلاج .

ومع ذلك، ليس ممكناً على نحـو مـباشـر عـزو أى تغيـر فى مـتـغيـرات العواقب للمعالجة التجريبية (X). وهذا لأنه، كما فى التصميم السابق، ليس

من الممكن الاستدلال على مغالطة منطقية. على سبيل المثال، قرر عنوان جريدة فى ملمح على الصحة النفسية «بالرغم من كونه نقد لشك، فإن الدليل يوحى بأن مضادات الاكتئاب تنجح فى علاجه هو أمر غير متنازع عليه» فأكثر من ثلثى الناس الذين يأخذونها يشفون (Observer, 1992). ويبدو الاستدلال يكون أن أن أخذ مضادات الاكتئاب يكون مرتبطاً بفرصة جيدة للشفاء. لذلك لابد أنها تسبب الشفاء (لرؤية المغالطة المنطقية بمزيد من الوضوح، حاول استبدال أخذ مضاداتالاكتئاب بنشاط علاج نفسى على نحو أقل وضوحاً، مثل استخدام الفرشاة فى تنظيف الأسنان، بالإضافة إلى ذلك، فإن المضمون بأن مضادات الاكتئاب تسبب الشفاء موضع شك إضافى، حيث أن معدل الشفاء للناس المتكئبين الذين لم يأخذوا مضادات الاكتئاب غير متاح - ربما يشفى ثلثاهما أيضاً. إن إتاحية مثل هذه البيانات سوف يؤدى إلى تصميم قبل الاختبار - بعد الاختبار لمجموعات غير متماثلة، موصوفة أدناه .

ويقدم «كوك وكامبل» (١٩٧٩) قائمة مراجعة خاصة بتهديدات ممكنة للصدق الداخلى فى هذا التصميم. ومن أجل إعادة بحث تأثيرات التدخلات النفسية، فإن أكثرها أهمية هى :

١ - تغير داخلى Endogenous change : يشير إلى أى نوع من التغير داخل الشخص. والمثال الأعظم أهمية هو الشفاء التلقائى، بمعنى أن الشفاء يحدث بدون سبب خارجى واضح (مثل تدخل نفسى رسمى) .

٢ - ميول للنضج Maturational trends : تشير إلى نمو أو نضج الشخص. وهذه هى حالة خاصة ببحث مع الأطفال، الذين غالباً «ينطلقون نمواً» Grow out من مشاكلهم النفسية .

٣ – رد الفعل للقياس Reactivity of measurment: حيث تُغير عملية القيام بالقياس الشيء المقاس. على سبيل المثال، قد توجد تأثيرات ممارسة على اختبار نفسي، حيث يؤدي المشاركون بشكل أفضل في التطبيق الثاني لاختبار ما لأنهم قد تعلموا كيف يستجيبون. ومثال آخر، العملاء في المجموعة الضابطة لقائمة الانتظار في دراسة «سلون وزملائه» (١٩٧٥) تم مقابلتهم بشكل مكثف كجزء من تقييمهم المبدئي، مما قد أكسبهم فوائد إكلينيكية بشكل جيد.

٤ – انسياق دنيوي Secular drift: أي اتجاهات اجتماعية طويلة المدى، مثل انخفاض في التدخين على مدى السنين .

– أحداث تداخلية Interfering events: أي، أحداث غير سارة والتي تحدث بين ماقبل الاختبار ومابعد الاختبار. على سبيل المثال، تغيرات أميرية مثل زيادة الضرائب على السجائر والكحول، أو أزمة، أو حرب.

٥ – إنحدار إلى المتوسط Regression to the mean : قد يتم انتقاء مجموعة من المشاركين في دراسة على أساس درجات قصوى في قياس ما، على سبيل المثال، قد يتم إنتقاء عملاء لدراسة علاج ما على أساس درجات مرتفعة على مقياس القلق. فإذا كان ذلك المقياس غير موثوق فيه، فإن الدرجات على الاختبار اللاحق سوف تميل إلى أن تتحرك أقرب إلى المتوسط حتى إذا كان العلاج غير فعال. وهذا لأن الدرجات القصوى على الاختبار السابق قد عكست خطأ القياس والذي سوف يميل إلى أن لايكون متطرفاً على الاختبار اللاحق .

وإحدى المشاكل اللاحقة في تفسير النتائج من هذا التصميم وغيره من التصميمات التجريبية له علاقة بصدق المفهوم الخاص بالتدخل التجريبي

(Cook & Campbell, 1979). ومن المهم ملاحظة التمييز بين الصدق الداخلى وصدق التكوين الخاص بالتدخل التجريبى. والسؤال الخاص بالصدق الداخلى يسأل عما إذا كان التغير يمكن عزوه إلى التدخل (X)، أو إلى شيء ما آخر، في حين أن السؤال الخاص بصدق التكوين للتدخل التجريبى يقبل أن (X) ينتج التغير ويسأل عنه (ماالتكوين) الذى يفسر حقيقة التغير؟ وتتمثل بعض مشاكل صدق التكوين فى الآتى:

١ - متغيرات مختلطة Confounding variables: وتعنى الحدوث فى نفس الوقت، ومن ثم ترتبط مع بعضها البعض بشكل لاينفصل. ففى دراسة سلون وزملائه (١٩٧٥) التى نوقشت سلفاً، اختلط نمو العلاج مع شخص المعالج، حيث أن كلاً من التدخلين (العلاج السلوكى والعلاج السيكودينامى) قُدما بمجموعتين قد انعكست ببساطة من شخصية أو مهارة المعالجين الذين قدموها .

٢ - تأثيرات التوقع Expectancy effects : قد يستفيد العملاء من خدمة ببساطة لأنهم يتوقعون ذلك، أكثر منها كنتيجة مباشرة لما تقدمه الخدمة فى الحقيقة. ويتعلق هذا التأثير الخاص بالتوقع لمجرد الترضية فى دراسات العقاقير، حيث قد يستفيد المريض من علاجات غير فعالة من الناحية الفارماكولوجية.

ويسمى الفرق بين $O_1$ , $O_2$ (أى التغير الكلى القبلى والبعدى) بالتأثير الإجمالى للتدخل (Rossi & Freeman, 1993). ويعرف التأثير الصافى The net effec باعتباره التأثير الذى يمكن أن يُعزى على نحو معقول للتدخل نفسه. وفى البحث الإكلينيكى غالباً ماتكون الخطوة الأولى الجيدة هى استخدام تصميم بسيط مثل الاختبار القبلى - الاختبار البعدى لمجموعة

واحدة لتوضيح أن تأثيراً كلياً يوجد على أية حالة: إن دراسات لاحقة يمكن أن تستخدم إذن تصميمات أكثر صقلاً مع مجموعات ضابطة أو مقارنة لتقدير التأثيرات النقية، وإبعاد تأثيرات المتغيرات المختلطة وفحص ماهى عناصر التدخل التى تكون مسئولة فى الواقع بالنسبة لتحسن المريض .

**تصميم الاختبار البعدى فقط لمجموعات غير متكافئة :**

**Non - equivalent groups posttest- only design**

| | | |
|---|---|---|
| NR | X | O |
| NR | | O |

فى الملاحظة، ترمز (NR) إلى مهمة غير عشوائية لمجموعات تجريبية . يشبه هذا التصميم المستخدم بشكل شائع تصميم الاختبار البعدى فقط لمجموعة واحدة، ماعدا أن المجموعة التى تتلقى المعالجة التجريبية تقارن بمجموعة مماثلة أخرى لاتتلقى تلك المعالجة. على سبيل المثال، يمكن أن يؤسس تدخل فى جناح بأحد المستشفيات ويستخدم جناح آخر كمجموعة مقارنة. وعلى عكس التصميم السابق والتالى، فإن هذا لايقدم تقريراً مباشراً لتغير قبلى – بعدى، إنه يمكن أن يستخدم لدراسات استعدادية، حيث لايوجد قياس سابق وقياسات لاحقة (يمكن أن ينظر إلى هذا التصميم – أيضاً – باعتباره ارتباطياً، حيث أن مايُدرس هو الارتباط بين متغير عضوية المجموعة ومتغير العاقبة) .

وفى التطبيقات الإكلينيكية والإرشادية، يمثل (X) فى العادة تدخلاً. ومع ذلك، فإن الإطار التصورى للتصميم يمكن أن يُستخدم كذلك لمقارنة المجموعات التى تختلف فى وقوع حدث حياة ضاغط عليها، ونوع من الخبرة

السلبيـة. وتأثيـرات هـذا الضـاغط أو الخـبـرة (على سـبـيل المثال: التـعـسف الجنسي فى الطفولة – التبنى – الطلاق) يمكن أن تُقوّم حينئذ وتتولد الفروض السببية. وبالمثل، فإن بعض دراسات ضبط الحالة الوبائية يمكن أن تعتبر كذلك تحت هذه الفئة (Schlesselman, 1982) .

ويعتبر التهديد العظيم للصدق الداخلي فى هذا التصميم (وعلى قدم المساواة فى التصميم التالى) هو إنتقاء غير متحكم فيه. فحيث أن المخصص للمجموعات غير عشوائى، فإنه لايمكن إفتراض أن المجموعتين كانتا نفس الشيء قبل العلاج. وقد يختلف منهجياً كل من (X) والمشاركون فى مجموعات مـخـتلفـة. علي سـبـيل المثـال، فى الدافـعـيـة، وشـدة المشكلة أو الخـصـائص الديمجرافية. وحتى إذا كان الباحث قادراً على مقارنة المجموعات فى هذه المتغيرات، فإنه لازال قد توجد فروق منهجية هامة لم تُختبر لها .

## تصميم الإختبار القبلي / الإختبار البعدي لمجموعات غير متكافئة :

**Non - equivalent groups pretest - posttest design**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NR | O | X | O |
| NR | O | | O |

يمزج هذا التصميم المستخدم بشكل شائع الملامح الخاصة بالتصميمين السابقين، ويساعد على استبعاد بعض تهديدات الصدق الداخلي المرتبط. وتسمى المجموعة فى الجزء الأدنى من الرسم البيانى والتى لم تتلق تدخلاً تجريبياً بالمجموعات الضابطة. وتوجد أنماط مختلف عديدة من الضبط، تتدرج من لامعالجة على الإطلاق إلى معالجة مقارنة بديلة. ويعتمد نمط المجموعة الضابطة على سؤال البحث: سواء كنت تحاول أن تبين أن المعالجة التجريبية

جيـدة مثل أو أفـضل من المعـالجة المؤسسـة، أو ببسـاطة أفـضل من لاشيء. وسوف نناقش هذه الموضوعات على نحو أكثر - لاحقاً - تحت عنوان تصميم قبل الاختبار - بعد الاختبار للمجموعات العشوائية .

ويمكن أن يمتد التصميم بسهولة ليحتضن مجموعتين تجريبيتين أو ضابطتين أو أكثر. ومثال معروف بشكل جيد خاص بالتصميم فى الممارسة هو دراسة ستانفور لثلاثة مجتمعات (Farquhar et al., 1977)، التى درست تأثيرات وسائل الإعلام والتدخلات المجتمعية على الوقاية من مرض القلب. وأجريت فى ثلاث مدن صغيرة فى ولاية كاليفورنيا، حيث تلقت إحدى المدن القياس القبلى والبعدى فقط، وأخرى حملة وسائل إعلام مؤيدة، وثالثة وسائل إعلام بالإضافة إلى تدخل مجتمعى فى صورة تعليمات وجه لوجه. وأظهرت النتائج تأثيرات مشجعة لشرط وسائل الإعلام والتى زادت فى حالة المساندة المجتمعية .

ومراجعة أيزنك (Eysenck, 1952) الخاصة بدراسات نتائج العلاج النفسى السيكودينامى يمكن أن تؤخذ فى الاعتبار فى هذا التصميم. فقد قارن «أيزنك» دراســات المرضى الذين عـولجــوا بالتـحليل النفـسى أو العــلاج السيكودينامى مع دراسات أخرى لمعدلات الشفاء التلقائى الخاصة بمجموعات مقارنة على نطاق واسع خاص بالمرضى الذين لم يعـالجـوا . وكان متـغيـر العــواقب هو التـحسن المقـدر بواسطة المريض فى نهـاية العــلاج، أو بعـد التشخيص بحوالى عامين فى حالة مجموعات المقارنة. واستنتج «أيزنك» على نحو مشهور أنه لاتأثير للعلاج النفسى يمكن أن يتضح، حيث أن ثلثى معدل تحسن عملاء العلاج كان نفس الشيء مثل معدل الشفاء التلقائى فى العامين للعملاء غير المعالجين. وهذا التصميم شبه التجريبى، كما إعترف «أيزنك» فى

ذلك الوقت، له أشكال ضـعف كـثـيـرة: دار جدل كـثـيـر حـول اسـتـنتـاجـاته (Bergin & Lambert, 1978) ، وقـد أدى هذا الجـدال إلى التنقـيح فى تصميمات البحث التى تراكمت لدى سلون وزملائه (Sloane et al., 1975) ودراسات أخرى أكثر حداثة .

ويمكن أن تؤخذ فى الاعتبار تحت هذه الفئة، تلك الدراسات المحتملة الخاصة بضبط الحالة والتى تدرس عينة من الأفراد طولياً لفحص تأثير أحداث حياة ضاغطة (Schlesselman, 1982) . ولأن المشاركين يُدرسون مستقبلياً، فإن القياسات يتم الحصول عليها إذن قبل وقوع الحدث الضاغط الهام. على سبيل المثال، مجموعة من الناس المتقدمين فى العمر يجب أن تتم دراستهم فى فترات سنوية لفحص التأثير النفسى لفقد أقرباء الدرجة الأولى لديهم عن طريق مقارنة هؤلاء الأفراد الذين فقدوا بأولئك الذين لم يفقدوا أقارب لهم من الدرجة الأولى .

وكما فى التصميم السابق، فإن التهديد العظيم للصدق الداخلى هو الانتقاء غير المنضبط. فقد يختلف المجموعتان منهجياً فى نواح غير وجود أو غياب المعالجة التجريبية. ويحاول المجربون فى بعض الأحيان أن يعوضوا الفروق فى المجموعتين بطرق إحصائية. على سبيل المثال، تحليل التلازم أو الانحدار المتعدد (Cook & Campbell , 1979). على سبيل المثال، إذا انتهت المجموعة التجريبية إلى أن تكون أصغر سناً من المجموعة الضابطة، فإن العمر يمكن أن يستخدم كمتلازم فى التحليل (غالباً مايوصف باستبعاد تأثيرات التلازم فى هذا العمر الحالة). ويمكن أن يكون هذا الإجراء مضللاً حينما تسحب مجموعة غير متكافئة من مجتمعين مختلفين: إنه محاولة تسوية فيل وفأر بالضبط لوزنيهما النسبى. ومع ذلك، فإن مثل هذه التحليلات قد

تُستخدم في تصميمات عشوائية، عندما تُسحب المجموعات من نفس المجتمع. أما البناء الآخر والذى يشير إليه روسى وفريمان (Rossi & Freeman, 1993) باعتباره «ضوابط تكوينية» Constructed controls، هو محاولة مضاهاة المشاركين في كل مجموعة على متغيرات رئيسية، مثل العمر، والنوع، وشدة المشكلة. ومع ذلك، فإن هذا أصعب الإنجاز ويمكن أن يكون مرة ثانية مضللاً إذا مثلت المجموعتان مجتمعين مختلفين .

تصميم سلاسل زمنية متقاطعة: Interrupted time -Series design

$$O_1 \quad O_2 \ldots\ldots O_{20}\ X\ O_{21} \ldots\ldots O_{40}$$

يعزز هذا التصميم تصميم الاختبار القبلي – الاختبار البعدى لمجموعة واحدة لتغطية قياسات متعددة على مر الزمن. إن له أساس منطقى مختلف عن التصميمات السابقة، من حيث أنه يحاول تحديد تأثيرات سببية بالنظر إلى الفجوات بين سلسلة من القياسات التتبعية (وصفنا بشكل تعسفى ٢٠ خط قاعدى و ٢٠ نقطة تتبعية، ولكن في الممارسات قد يوجد أكثر من ذلك على نحو جدير بالاعتبار). إنه تصميم جيد لدراسة بيانات موجودة من عينات كبيرة. على سبيل المثال، النظر إلى تغيرات فى الاستهلاك القومى للكحول والتبغ التى تلى تغيرات فى فرض الضرائب (McKinnon, 1985). كما يمكن استخدامه فى تصميمات خاصة بحالة منفردة، يصلح فيها المشاركون كضوابطهم الخاصة. ويتمثل التهديد الأساسى للصدق الداخلى فى إمكانية وجود أحداث متداخلة: بأن شيئاً ما آخر قد يحدث فى نفس الوقت كالمعالجة، أو (X)، الذى سوف ينتج تغيرات فى متغير العاقبة .

## التصميمات العشوائية: Randomised Designs

تتسم التصميمات التجريبية العشوائية (إذا ماقوبلت بتصميمات شبه تجريبية أو غير عشوائية) بمخصص المشاركين العشوائى لشروط تجريبية. والميزات الرئيسية للعشوائية هى أنها تستبعد التحيز الانتقائى كتهديد للصدق الداخلى وأنه يسمح باستخدام النظرية الاحصائية للخطأ. وتمكن التصميمات التجريبية العشوائية المجرب من تناول متغير منفرد فى وقت واحد، ولذلك فإن أى علاقات تُؤسس بين المتغيرات المستقلة والمعتمدة تكون أكثر احتمالاً لإملاء أربعة شروط للاستلال على العلية والمناقشة سلفاً .

وقد إبتُكرت نظرية التصميم التجريبى بواسطة فيشر Fisher فى العشرينات من القرن العشرين. وقد تم العمل المبكر فى المقام الأول بالزراعة، ناظراً إلى كيف أن نتائج المحاصيل كانت تتأثر بمخصبات مختلفة أو مجموعة متنوعة من الحبوب. ويفسر هذا الأصل الزراعى بعض الاصطلاحات الفنية التى لازالت تستخدم لوصف تجارب مختلفة (على سبيل المثال، مكعبات عشوائية تشير إلى أجزاء الحقول). كما تم تقديم مجال آخر للتطبيق والذى يُصور فيه تصميمات محددة. وسوف نميل هنا إلى التركيز على التصميمات فى بحث خاص بعواقب المعالجة، وهو المجال الذى نعرفه على أفضل وجه. إنه مجال فيه قدر كبير من العمل كان قد تم وهو ذو اهتمام لمعظم الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين والإرشاديين. وتغطى المراجع الإحصائية (أنظر مثلاً: Kirk, 198; Keppel, 1991) تصميمات تجريبية مختلفة كثيراً. وسوف نوضح القضايا فى سياق تصميم مستخدم بشكل شائع فى البحث الإكلينيكى، هو تصميم الاختبار القبلى/ الاختبار البعدى لمجموعات عشوائية :

R O X O

R O O

فى الملاحظة، تشيـر (R) إلى مخصص عشوائى خاص بالمشاركين لشروط تجريبية. ويحتاج مثل هذا المخصص إلى أن يتم بدون تحيز، لضمان أن يكون كل مشارك لديه فرصة مساوية فى كل شرط. ويمكن أن يتم هذا بطرق عديدة، على سبيل المثال، باستخدام جداول أعداد عشوائية. أو باختيار وجه العملة أو بسحب الكثير. ومن ناحية أخرى، فإن طرقاً عشوائية للتخصيص. على سبيل المثال، بتخصيص المشاركين العشرة الأولين للمجموعة التجريبية والمشاركين التاليين للمجموعة الضابطة قد يقدم ذلك التخصيص خطأ منهجياً (Cook & Campbell, 1979) .

وأحد الأمثلة الشائعة فى هذا التصميم هى فى المحاولات الإكلينيكية (التى غالباً مايشار إليه كمحاولات ضابطة عشوائية)، التى يختبر فيها علاج أو عقار جديد مقابل برشامة لمجرد الترضية أو مجموعة ضابطة دون علاج (Schwartz et al., 1980) .

ويعرف المتغير المستقل – سواء تلقى المشاركون أو لم يتلقوا التدخل التجريبى – بعامل بين المجموعات Between groups factor (حيث أنه يقسم المشاركين إلى مجموعات). ويقال عن التصميم السابق الموصوف أن به عامل بين مجموعات من مستويين (أى المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة). وقد يمتد هذا التصميم فى نواح عديدة، تتمثل فى الآتى:

- أكثر من مستويين More than two levels: يمكن أن يوجد أكثر من مستويين من العامل بين المجموعات، أى قد يوجد أكثر من مجموعة تجريبية واحدة أو أكثر من مجموعة ضابطة واحدة. على سبيل المثال،

النمط الخاص بعامل التدخل في دراسة «سلون وزملائه» (١٩٧٥) كان لديه ثلاثة مستويات: علاج سيكودينامي، وعلاج سلوكي، ومجموعة ضابطة في قائمة الانتظار .

- تصميمات ذات العوامل المتعددة Multi - factorial designs: ويوجد في هذه التصميمات أكثر من عامل بين المجموعات. على سبيل المثال، مشروع شيفيلد Sheffields الثاني للعلاج النفسي، حيث كانت لديه عوامل بين مجموعات: عامل توجه علاجي ذو مستويين (شكلي علاج سيكودينامي - بين شخصي مقابل سلوكي/ معرفي) وعامل طول للتدخل ذو مستويين (٨ جلسات مقابل ١٦ جلسة) .

- تصميم قياسات مكررة Repeated - measures design: إن تصميم الاختبار القبلي - الاختبار البعدي هو مثال لتصميم قياسات مكررة، أي تصميم فيه نفس الأفراد يتم تقويمهم في نقطتين أو أكثر في نفس الوقت. وقد تقدم مستويات إضافية لعامل القياسات المكررة. على سبيل المثال، قد يوجد ستة شهور أو سنة للتقييم التتبعي بعد انتهاء التدخل.

- عوامل عائقة Blocking factors: توجد عوامل تمثل فروق فردية للمشاركين (على سبيل المثال، نمط تقديم المشكلة) في نطاق تصميم البحث الكلي (يشار إلى هذا - أيضاً - كتطبيق). وتكون مثل هذه العوامل متضمنة لفحص تأثيرها كمتغيرات وسيطة ممكنة أو لضمان أن المجموعات التجريبية متوازنة على متغيرات حاسمة. ويتمثل الإجراء هنا في أن المشاركين يُجمعون في الفئات المتعلقة قبل العشوائية لمعالجات تجريبية تحتل مكاناً. على سبيل المثال، كان لدراسة «سلون وزملائه»

(١٩٧٥) عـامـلان عـائقـان، هـمـا: نوع العـمـيل ومـسـتـوى الأسى الأولى للعميل. وخصص الباحثون بداية عملاء كامنين للخلية الملائمة فى جدول (٢ × ٢) (رجـال/ نسـاء × أسى مـرتفع/ أسى منخـفض). وبعـد ذلك خصصوا عشوائياً مجموعات من العملاء من نفس الخلية للمعالجين فى نطاق كل من حـالتى المعـالجـة التـجـريبـيـة (عـلاج سلوكي أو عـلاج سيكوديناميى) أو للمجموعة الضابطة فى قائمة الانتظار .

وفى السياق التعليمى، فإن التحليلات التى تتناول السؤال الخاص بأى التدخلات تنجح على نحو أفضل من أجل أى طلاب؟، فهذا قد تم الإشارة إليه فى دراسـة تفـاعل القـابليـة/ العـلاج (Snow, 1991). وقـد تم تبنى هذا الاصطلاح الفنى (تفاعل قابلية/علاج) فى دراسة العلاجات النفسية (Shoham - Saloman & Hannan, 1991). فالتصميمات التى تدمج عواملاً كثيرة خـاصـة بالعـلاج والعـمـلاء يمكن أن تحـاو تحليل مـاهو العـلاج الذى ينجح على النحو الأفضل فى أى من الظروف، أو كما يقرر سؤال بول(Paul, 1976: 11): ما العلاج؟ وبواسطة من؟ يكون أكثر فاعلية بالنسبة للفرد بتلك المشكلة المعينة، وتحت أى مجموعة من الظروف ؟» .

- تحليل تصميم التلازم Analysis of Covariance designs: ويشبه هذا التصميمات العائقة، ولكنها تُستخدم حينما يكون معروفاً أن متغير الفروق الفردية المفحوص، على سبيل المثال، النزعة النفسية أو شدة الأعراض، لها علاقة خطية بمتغير العاقبة. ويعتبر تحليل التلازم هو إجراء أكثر قوة من الإعاقة، ولكن الافتراضات الإحصائية التى يجب

أن تتحقق قبل استخدامها تكون اكثر تقييداً. ويعطى كابل (Keppel, 1991) مناقشة نافعة للجدارات (للإستحقاقات) المتصلة بالإعاقة مقابل تحليل مجال التلازم .

**مجموعات الضبط والمقارنــة: Control and comparison groups**

تُعرف اصطلاحات مجموعة الضبط والمقارنة على نحو فضفاض إلى حد ما. ومضمون اصطلاح مجموعة الضبط هو أن مقوماً نشطاً معيناً فى المجموعة التـجريبية يعتبر مفقوداً (كمـا فى التـجارب الزراعية، حيث يجب أن تُعطى المجموعات التجريبية مخصبات متنوعة ولاتعطى المجموعة الضابطة شيئاً)، فى حين أن الاصطلاح مجموعة المقارنة يتضمن إعطاء علاج بديل حيوى. وسوف نستخدم الاصطلاح مجموعة ضابطة كاختصار لمجموعتى الضبط أو المقارنة. وكمـا ناقشنا أعلاه فى القسم الخاص بتصميم الاختبار القبلى/ الاختبار البعدى لمجموعات غير متكافئة، فإن أنماطاً عديدة من الضبط تكون ممكنة، اعتماداً على أسئلة البحث رغم أن انتقاء مجموعات ضبط مناسبة لأبحاث العلاج النفسى (وتطبيقات أخرى) تثير مشاكلاً عرقيةو علمية وعملية .

**ضوابط بلا معالجة No-treatment controls:**

وهذه هى التى لاتتلقى فيها المجموعة معالجة على الإطلاق، وتستخدم لتقديم أقصى تغاير مع العلاج تحت الفحص. ومع ذلك، توجد موضوعات عرفية خطيرة فى المعالجة المحتبسة Wihholding treatment عن العملاء ذوى الأسى الإكلينيكى. ويجب أن يزن الباحثون الأذى الممكن النتائج عن معالجة غير مختبرة مع إنكار الفائدة الناتجة من معالجة فعالة بشكل ممكن. وقد

لاتنشأ هذه المشكلة فى تصميم تجريبى، حيث أن مجموعة من العملاء (الذين قد لايكونوا قادرين لأسباب جغرافية أو غيرها) على تلقى المعالجة التجريبية يمكن أن يُستخدموا كمجموعة ضابطة، علاوة على ذلك، إذا إفترضنا أن فاعلية علاجات نفسية مؤسسة قد كانت ظاهرة بوضوح (Stiles et al., 1986) ، فإن الضوابط بلا معالجة تكون غير هامة علمياً (Parloff, 1986) : فهى نافعة فقط فى المراحل المبكرة من برنامج بحثى .

- **ضوابط قائمة الانتظار Wait - list controls**: غالباً مايقدم هذا النوع من الضبط تسوية عملية، وبصفة خاصة مع المعالجات قصيرة المدى. ويعطى العملاء المخصصون عشوائياً لمجموعة قائمة الانتظار نفس المخصص المبدئى، ويوضعون على قائمة انتظار لتلقى التدخل بمجرد أن تكون المجموعة التجريبية قد أكملته (Sloane et al., 1975). وهكذا فإنهم يضبطون رد الفعل للتقييم المبدئى .
- **مجموعات ضبط التوقع والعلاقة Expectancy and relationship control groups**: هذه التى تضبط توقعات الفائدة أو غرس الأمل وكذلك تأثيرات الاتصال مع المعالجين. وفى محاولات العقاقير، حيث يُعطى المرضى برشامة سكر (عقار وهمى) أو مادة أخرى غير فعالة من الناحية الفارماكولوجية، فإنهم يعرفون كمجموعات ضابطة بتناولهم دواء لمجرد الترضية. ومع ذلك، فإن هذا الإصطلاح غير دقيق جداً بالنسبة للسياق النفسى: من الأفضل لكى نكون محددين بالنسبة لمايقصده به أن تكون المجموعة الضابطة ضابطة له. ففى المجال الفارماكولوجى، تتم المحاولات الإكلينيكية على نحو مثالى فى دراسة محجوبة على نحو ثنائى، حيث لاالمرضى ولاالمجربين يعرفون ماهو

الشرط التجريبي الذى يكون فيه كل مريض. ومع ذلك، فحتى فى تجارب العقاقير، لايكون هذا دائماً عملياً لأن المرضى قد يكونوا قادرين على التمييز بين العقاقير الفعالة والعقاقير الوهمية، على سبيل المثال، عن طريق تأثيراتها الجانبية. وفي التطبيقات النفسية، يجب أن تبدو أى معالجة ضابطة مصدقة للعملاء مثل المعالجة التجريبية. وبصفة عامة، تعمل ضوابط التوقع أو العلاقات على نحو جيد بالنسبة للمحاولات الإكلينيكية في البحث الخاص بالعقار، ولكن هذا الأمر مشكوك فيه بالنسبة لأبحاث العلاج النفسي، حيث تكون عوامل أو نواحى العلاقات الخاصة بالتحالف العلاجي (المسماة «عوامل غير محددة») أفضل المنبئات أو العواقب (Frank, 1973) .

- مجموعات المعالجة المقارنة Comparative treatment groups: تستخدم هنا معالجة مقارنة بمؤسسة، بأكثر من دواء وهمى، الذى يتوقع أن له نفع مساو لذلك الخاص بالمعالجة التجريبية (Parloff, 1986). إنها تقدم طريقة أخلاقية فى عمل الأبحاث. وإذا ماأخذنا فى الاعتبار التكافؤ الواسع لمعظم الصور الرئيسية الخاصة بالعلاج، فإنه من غير المحتمل أن تنتج تأثيرات دالة إحصائياً مالم تكن العينة كبيرة تماماً (أكثر من ٦٠ عميلاً لكل مجموعة)، ولكن غالباً مايكون إهتمام الباحثين هو إظهار قدره على المقارن أكثر من الإختلافات .

## قيود عملية للعشوائية: Practical limitations of randomisation

بالرغم من أن التجارب العشوائية قيمة بشكل دال، فإنه قد يكون من الصعب تنفيذها فى الممارسة لأسباب عديدة (Rossi & Freeman, 1993)، منها مايلى :

١ - لايضمن التخصيص العشوائى للمجموعات التجريبية أن المجموعات ستكون متكافئة أو أنها سوف تبقى متكافئة. والعشوائية هى بالتحديد عملية مصادفة، وبذلك سوف تنجح عرضاً بعض التوزيعات غير العادية. وتصبح المشاكل الخاصة بعدم التكافؤ أكثر حدة إذا كانت أحجام العينات صغيرة أو إذا كان يوجد عدد كبير من «المتغيرات البغيضة» يحاول الباحثون فيها أن يسووا بين المجموعات (Hsu, 1989) .

٢ - تعانى تجارب كثيرة من تضاؤل المشاركين، أى، قد يخرج بعض المشاركين من التجربة قبل إكمال العلاج وجمع القياسات اللاحقة. ويخفض هذا التضاؤل تكافؤ المجموعات التجريبية والضابطة (Flick, 1988) .

٣ - قد يوجد تسرب بين الإجراءات. على سبيل المثال، إذا تم تعليم نصف المرضى بأحد أجنحة المستشفى مهارة اجتماعية (مثل الاسترخاء)، فإنهم قد يعلموها حينئذ إلى مرضى أخرين فى الحالة الضابطة. وفى محاولات العقاقير، يوجد دليل روائى بأن المرضى فى المجموعة التجريبية قد يشاركون أحياناً علاجهم مع مرضى فى المجموعة الضابطة الذين كانوا محرومين منها .

٤ - قد لاتفهم هيئة أخرى الحاجة إلى العشوائية، ويرونها كمضادة لمبدأ إعطاء رعاية فردية لكل عميل. وبذلك، قد يكون من الصعب الحصول على التعاون الضرورى للدراسة .

٥ - إن التجارب العشوائية مكلفة ومستهلكة للوقت، ولذلك يجب أن تُستخدم فقط حينما يوجد دليل أسبق بأن المعالجة التجريبية تعتبر مفيدة.

٦ - لايمكن أن تُستخدم العشوائية أخلاقياً لدراسة تأثير الخبرات السلبية. على سبيل المثال، التدخين، واستخدام العقاقير، والكوارث أو الصدمات النفسية. وفي هذه الحالات، يجب استخدام تصميمات تجريبية غير عشوائية أو تصميمات ارتباطية (التي هي السبب في أنه يوجد مجال أكثر للأطراف المهتمة، مثل شركات التبغ، لتنفيذ النتائج) .

٧ - لاتأخذ المحاولات العشوائية في الاعتبار اختيار المريض (Brewin & Bradley, 1989). وخارج الدراسات البحثية، سوف ينتقي العملاء معالجة قائمة على تفضيلاتهم الفردية: قد تعطي محاولات عشوائية العملاء معالجة لايريدونها وبالتالي قد يحققون جودة أقل .

## الاستنتاج :

تتمثل القضية المركزية في تصميم ملائم لتساؤلات البحث ولمرحلة برنامج البحث. ففي المراحل المبكرة لأى فحص، يحتمل أنك تكون غير متأكد من طبيعة الظواهر التي تنظر إليها. علاوة على ذلك، فإن خدمة إكلينيكية مؤسسة حديثاً قد لاتكون ثابتة: قد تكون سياستها الإجرائية وطريقة عملها متغيرة (Rossi & Freeman, 1993). وفي هذه الحالة يكون التصميم الوصفي والارتباطي هو الأفضل. وفيما بعد، عندما تكون أوضح بالنسبة لما هي المتغيرات الهامة وكيف تتعلق ببعضها، وتكون أكثر قدرة على تحديد طبيعة المعالجة، وتستطيع أن تستخدم تصميمات أكثر صقلاً لتثبيت التأثيرات الخاصة بمتغيرات قاطعة وتختبر نماذج نظرية منافسة .

وقد ركزنا بشدة على تحليل «لوك وكامبل» (١٩٧٩) لتهديدات الصدق: وموضوعها الأساسي هو أنه لايوجد تصميم بحث كامل: والشيء الهام هو أن

تكون على وعى بنقاط القوة والضعف بأى تصميم مهما كان قد تقرر أن تتبناه. ومن المهم أن لاتقرا «كوك كامبل» كالقول بأن التصميمات يجب أن لاتكون لها مشاكل صدق على الإطلاق. إن رسالتهما هى أن تبذل الجهد الذى تستطيعه فى الشروط، وكذلك أن تكون واعياً بالمشاكل الممكنة التى قد تستثار فيما بعد فى تفسير النتائج. وهكذا، فإن تصميم الأبحاث يتطلب تخطيطاً حذراً لتتوقع النتائج الممكنة والتفسيرات المتنافسة .

مراجع الفصل الثالث :

1- Armistead, N. (Ed.) (1974). Reconstructing social psychology. Harmondsworth: Penguin Books.

2- Baron, R., Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1173-1182.

3- Bergin, A., & Lambert, M. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2nd edn.). New York: Wiley.

4- Brewin, C., & Bradley, C. (1989). Patient preferences and randomised clinical trials. British Medical Journal.

5- Campbelle, D., & Stanley, J. (1966). Experimental and quastiexperimental designs for research. Chicago: Rand-McNally.

6- Chalmers, A.(1990). Science and its fabrication. Milion Keynes: Open University Press.

7- Cook, T., & Cambell, D. (1979). Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. Chicago: Rand-McNally.

8- Cronbach, L. (1957). The two disciplines of scientific psychology. American Psychologist, 12,671-684.

9- Cronbach, L. (1975). Beyond the two disciplines of scientific psychology. American Psychologist, 30, 116-127.

10- Elliott, R. (In press). Therapy process research and clinical practice: Practical strategies. In M. Aveline & D. Shapiro (Eds.), Research founations for psychotherapy practice. Chichester: Wiley.

11- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology, 16,319-324.

12- Farquhar, J., Maccoby, N., Wood, P., Alexander, J., Brietrose, H., Brown, B., Haskell, W., McAlister, A., Meyer, A., Nash, J., & Stern, M. (1977). Community education for cardiovascular health. Lancet, 1, 1192-1195.

13- Fassinger, R. (1987). Use of structural equation modeling in counseling psychology research. Journal of Counseling Psychology, 34, 425-436.

14- Flick, S. (1988). Managing attrition in clinical research. Clinical Psychology Review, 8, 499-515.

15- Frank, J. (1973). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (revised end). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

16- Hoyle, R. (1991). Evaluating measurement models in clinical research: Covariance structure analysis of latent variable models of self-conception. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 67-76.

17- Hsu, L. (1989). Random sampling, Randomization, and equivalence of contrasted groups in psychotherapy outcome research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 131-137.

18- Keppel, G. (1991). Design and analysis: A researcher's handbook (3rd end.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

19- Kirk, R. (1982). Experimental design: Procedures for the behavioral sciences (2nd edn.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

20- McCormack, H., Horne, D., Sheather, S. (1988). Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. Psychological Medicine, 18,1007-1019.

21- McCracken, G. (1988). The long interview. Newbury Park, CA: Sage.

22- Parloff, M. (1986). Placebo controls in psychotherapy research: A sine qua non or a placebo for research problems? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 79-87.

23- Paul, G. (1967). Strategies of outcome research in psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 31,109-118.

24- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21, 95-103.

25- Rossi, P., & Freeman, H. (1993). Evaluation: A systematic approach (5th edn.). Newbury Park: Sage.

26- Schlesselman, J. (1982). Case-control studies: Design, conduct, analysis. New York: Oxford University Press.

27- Schwartz, D., Falmant, R. & Lellouch, J. (1980). Clinical trials. London: Academic Press. (Original French edition, 1970).

28- Shapiro, D. (1989). Outcome research. In G. Parry & F. Watts (Eds.), Behavioural and mental health research: A handbook of skills and methods. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

29- Shapiro, A., & Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodolgical implications of meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 42-53.

30- Shoham-Salomon, V., & Hannah, M. (1991). Client-treatment interaction in the study of differential change processes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 217-225.

31- Sloane, R., Staples, F., Cristole, A., Yorkston, N., Whipple, k. (1975). Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge, Mass: arvard University Press.

32= Snow, R. (1991). Aptitude-treatment interaction as aframework for research on individual differences in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 205-216.

33- Stiles, W. Shapiro, D., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? American psychologist, 41, 165-180.

34- White, P. (1990). Ideas about causation in philosophy and psychology. Psychological Bulletin, 108, 3-18.

# الفصل الرابع
# تصميمات بأشخاص قليلين
## Small - N Designs

إن التصميمات بأشخاص قليلين، مثل دراسات خاصة بحالات منهجية وتجارب خاصة بحالة منفردة، هي طريقة جذابة لمزج العلم والممارسة، حيث أنها تُمكن الإكلينيكيين والمرشدين من أن يكاملوا طرق بحث رسمية في عملهم اليومي (Barlowe et al., 1984) . ومن وجهة نظر الممارس، تكون مميزات البحث ذي الأشخاص القليلين هي أنه غير مكلف في العادة وغير مستهلك للوقت. وعلى نحو أكثر أهمية، تكون فلسفته الأساسية فطرية للممارسين، حيث أنه يتناول التفرد والتعقد الفردي .

ويوجد تمييز بين دراسة الحالة الفردية – والجمعية. ففي الطرق الفردية Idographic ننظر بشدة في سياق الفرد، في حين نقارن في الطرق الجمعية Nomothetic عبر الأفراد ونبحث عن نماذج أو قوانين عامة. والمجالات الجمعية، بصفة خاصة التصميمات التجريبية ذات المجموعة الكبيرة والتصميمات شبه التجريبية التي فحصناها في الفصل السابق، قد كانت منتقدة على أساس أن عملية المتوسط تُفقد استجابة الفرد قيمتها في نطاق تلك الاستجابات الخاصة بالمجموعة (Bergin & Strupp, 1972) . وبصفة خاصة، وجه كيلسر (Kieslar, 1966) الانتباه إلى «أساطير الاتساق أو الانتظام» Uniformity myths في بحث العلاج النفسي: الافتراض الضمني بواسطة الباحثين بأن العملاء كلهم متماثلين وأن المعالجين المختلفين يقدم كل منهم تدخلاً مماثلاً... وهكذا. على سبيل المثال، في دراسة عواقب العلاج النفسي، والفروق الشاملة بين متوسط درجات العلاج السابق ومتوسط درجات

العلاج اللاحق على مقياس الإكتئاب قد تشير إلى متوسط تحسن ضئيل مرتبط بالعلاج تحت الفحص، ومع ذلك، فإن التغير الإيجابى الشامل قد يلغى حقيقة أنه بالرغم من أن معظم العملاء قد تحسنوا، فإن أقلية دالة قد تدهورت (Bergin, 1971) . ولن تكشف مثل هذه الاستجابات التفاضلية بدون الانتباه لنموذج التحسن بالنسبة لكل عميل فرد. وكمثال ثان، فى بحث نفسعصبى لضبط حالة الجينية الغيرية لعميل، بالنسبة للعمر، والأداء قبل المرضى أو حجم الأذى العصبى قد تعمم تأثيرات هامة سوف تُرى بوضوح إذا ماننظر إلى الحالة المنفردة (Shallice, 1979) . وبذلك نجد أن التصميمات ذات الأشخاص القليلين تتناول بعض عوائق تصميمات المقارنة الجماعية للمجموعات (Kazdin, 1982; Barlow & Hersen, 1984). وتقدم طريقة دقيقة جداً لتنفيذ مجال فردى البحث .

وكما بين فوناجى وموران (Fonagy & Moran, 1993) ، فإن دراسات الأعداد الصغيرة كانت نموذجاً سائداً فى الطب وعلم النفس حتى عقود مبكرة فى القرن العشرين. وبعد ذلك أصبح تأثير الابتداع الإحصائى «لبيرسون وفيشر» Person & Fisher، مثل الطرق الارتباطية وتحليل التباين واسع الانتشار. وكما رأينا فى الفصل السابق، فإن هذه الطرق الأحصائية إبتكرت أصلاً فى سياق زراعى لتقييم نتائج مخصبات مختلفة أو تصنيفات القمح. وفى هذا السياق، تنجح جيداً تصميمات العينات الكبيرة ومقارنة المجموعات، فى حين يكون فحص الاستجابة الخاصة بالنباتات الفردية أقل ملائمة. ومع ذلك، فإن الاستعارة الزراعية لاتترجم بسهولة إلى علم النفس الإكلينيكى والإرشادى، حيث تكون الفروق الفردية ذات أهمية عظمى. وتبيناً لهذا، قد كان يوجد إنبعاث لطرق الأعداد الصغيرة فى السنوات الثلاثين الماضية، مشتقة إمكانيتها من تقليدات مختلفة عديدة .

**التقليدات المختلفة: Different Traditions**

**أولاً:** يوجد التقليد أو النموذج الخاص بالتحليل التطبيقى للسلوك (أى، السلوكية الفعالة)، كما يتم توجيهها بواسطة مراجعة سكينر Skinner بأن الهدف من العلم السلوكي هو التنبؤ بـ وضبط سلوك الكائن الفردى (Skinner 1953: 35). وقد إبتكرت التصميمات التجريبية للحالة الفردية، التي تهدف إلى توضيح مثل هذا التنبؤ والضبط فى بداية الخمسينيات والستينيات من القرن العشرين (Davidson & Costello, 1969). وفى السبعينيات، توالدت الدراسات التى تستخدم هذه التصميمات: مجلة التحليل السلوكى التطبيقى Journal of Applied Behavior Analysis والمخصصة لنشر أمثلة من هذا النوع من العمل.

**ثانياً:** كان م. ب. شابيرو M. B. Shapiro رائد طرق القياس المبتكرة لتصميمات الحالة المنفردة، حيث إبتكر تقنية قياس تُعرف باستبيان شابيرو الشخصى (SPQ) الذى يساعد على تكميم كل مشاكل العميل ومراقبتها على أساس يومى أو أسبوعى (Shapiro, 1961 a b; Phillips, 1986) . وعلى نقيض العمل الفعال، يأخذ مجال «شابيرو» نظرة أكثر ظاهرية، مفصلة على رأى العميل الفرد عن مشاكله، وأقل اهتماماً بالتناول التجريبى للمعالجات .

**ثالثاً:** يوجد تقليد عن الحالة المتفردة فى البحث النفسعصبى. ويرجع لوريا (Luria, 1973) مولد علم النفس العصبى Neuropsychology إلى عام ١٨٦١، حينما وصف بروكا Broca حالة تلف خاصة بالكلام كانت مرتبطة بأسى متمركز فى الدماغ. ومنذ ذلك الوقت، استمرت

دراسات الحالة تلعب دوراً هاماً في تطور المجال، وتبدو حالياً أنها تتمتع بانبعاث شعبي (Shallice 1979; Wilson, 1987). وعلى نحو منهجي تتدرج الأمثلة من دراسات خاصة بحالة روائية كيفية (أنظر مثلاً: Sacks, 1985) إلى دراسات عينة صغيرة تستخدم بيانات اختبار نفسعصبي (Shallice et al., 1991) .

رابعاً: يوجد التقليد الخاص بدراسة الحالة الفردية في الشخصية. وقد انتقد البورت (Allport, 1962: 407) على نحو عاطفي الاعتماد الاستثنائي تقريباً على الطرق الجمعية: «بدلاً من نفاد الصبر المتنامي مع الحالة المنفردة والإسراع إلى التعميم. فلماذا لاينفد صبرنا مع تصميماتنا ونُسرع إلى النموذج الداخلي؟ وقد ابتكر موراى (Murray, 1938) مجالاً لدراسة الشخصية يقوم على فحص مكثف. ويعتبر الاقتراح التالي واحد من نظريته والذى يستولى على الفكرة الرئيسية لهذا الفصل، وهو «إن موضوعات الدراسة هى الكائنات الفردية، وليست مجموعة الكائنات» .

وتعكس الاصطلاحات الفنية للمجال جزئياً هذه التقليدات المختلفة. وتتميز تصميمات الحالة الفردية (المشار إليها أحياناً بتصميمات العدد = ١) بقياسات مكررة لمتغير كمى على حالة منفردة. وعادة تتضمن تناولاً تجريبياً للمعالجة رغم وجود الصور غير التجريبية (على سبيل المثال، تصميمات السلاسل الزمنية) وتصميمات الحالة الفردية التى لاتستخدم قياسات مكررة وليس لها تناول تجريبى، -على سبيل المثال (مجال تاريخ الحالة الكلاسيكي - يُشار إليه كدراسات حالة (Dukes,1965;Bromley 1986) ، رغم أن الحدود بين المجالين ليست واضحة دائماً. وسوف يركز هذا الفصل على التصميمات غير التجريبية. وبالرغم من أن التركيز سيكون على التصميم

إلا أننا سوف نتناول بعض الاقتراحات الخاصة بالقياس، لأن تصميمات العينة الصغيرة تستدعي بعض المجالات المعينة للقياس .

**تصميمات تجريبية: Experimental Designs**

إن التصميمـــات التجريبيـــة الحالة المنفردة هي تصميمات يُختبر فيهـــا المعالجة والتدخل على فرد واحد، لرؤية ما إذا كان فعالاً أو غير فعال. وفـــي الاصطلاحات الفنية، فهي جميعها تصميمات تجريبية لمجموعة واحدة غيـــر عشوائيـــة، يصلح فيـهـــا المشـــارك الفرد كضابطه الخاص ، (Cook & Campbell, 1979).

**الإجراء: Procedure**

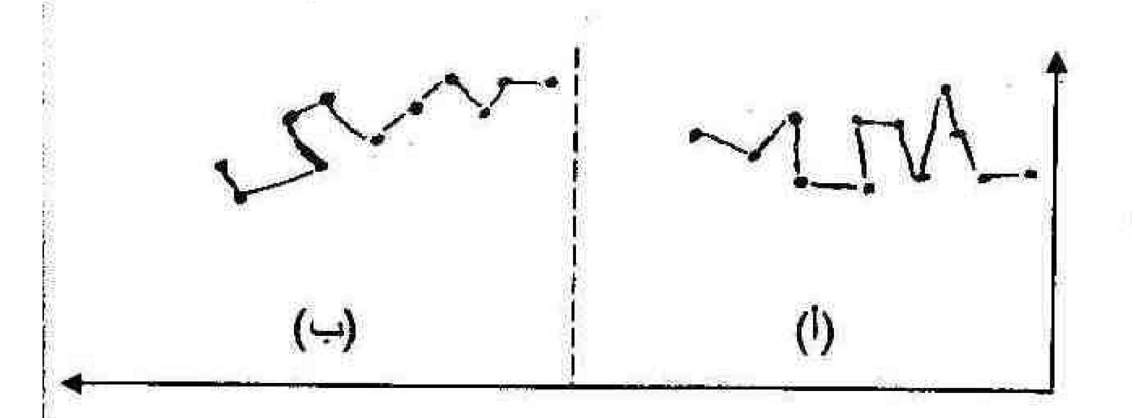
كما مع تصميمات مقارنة المجموعة، فإن الخطوة الأولى هي انتقاء القياس أو القياسات التي تُستخدم. ففي تصميمات الحالة المنفردة، تحتاج القياسات إلى أن تكون قادرة على التطبيق المتكرر في وقت قصير (Nelson, 1981): يجب أن تكون قصيرة وفعالة على الأقل. والنمطان الأكثر شيوعاً هما تقديرات الملاحظ (على سبيل المثال، تقديرات الهيئة لسلوك غير مؤذ للذات خاص بمريض في جناح مرضى داخليين) وتقديرات مريض من مراقبة الذات (على سبيل المثال، أفكار وسواسية). وباختيارنا للقياس فإن الخطوة التالية هي انتقاء تكرار ملائم القياس: عادة يكون يومياً، ولكنه قد يكون كل ساعة أو كل أسبوع .

وتبدأ جميع التصميمات بسلسلة من قياسات قاعدية، تستمر حتى تكون القياسات ثابتة، عادة من ١٠–٢٠ ملاحظة. وبعد ذلك تُقدم المعالجة التجريبية الأولى. وهذا المجال له ملاحظته الخاصة، والقائمة على الحروف الهجائية

الأولى: (أ) يرمـز إلى الخط القـاعدى أو مـرحلة اللامـعالجـة، و(ب)، (جـ)، (د).. إلخ ترمـز إلى المعالجات أو التدخلات المتنوعة. وتوجد تصـميمات حالة منفردة كثيرة ممكنة، يستثير كل منها قضايا عملية وأحياناً أخلاقية. وسوف ننظر إلى أربعة أمثلة شائعة هنا والتي تعتبر تصميمات أكثر إتقاناً تعطى فى المراجع المتخصصة (Barlow & Hersen, 1984; Barlow et al., 1984) .

**تصميم (أ ب): AB design**

يمثل شكل (٣) تصـمـيم (أب)، وفـيـه يتـبع الخط القـاعـدى بتـدخل، هو الشكل الأبسط للتصميم. على سبيل المثال، الفاعلية الوالدية الإيجابية لإدارة نوبات غضب الطفل يمكن أن تفحص. سوف يطلب من الوالدين ملاحظة عدد من نوبات الغضب (تجرى على نحو مناسب) كل يوم لمدة أسبـوعـين، ثـم



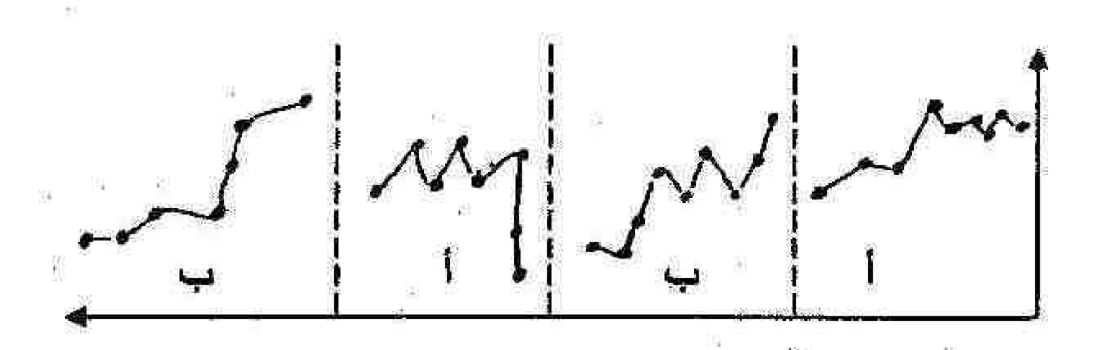

شكل (٣) تصميم (أ ب)

يؤسسون طريقة جديدة للاستجابة لها، مثل تعليقات لنوبات الغضب ومدح لسلوك جيد. وإذا كان التدخل فعالاً، فإن المرحلة (ب) من التصميم سوف تُظهر حينئذ انخفاضاً فى شدة أو تكرار مشكلة الدريئة .

والعقبة فى تصميم (أ ب) هى أنه يعطى دليلاً ضعيفاً فقط للتأثير السببى للمعالجة التجريبية. إنه يعانى من نفس التهديدات للصدق الداخلى كتصميم الاختبار القبلى/ الاختبار البعدى لمجموعة واحدة (Cook & Campbell, 1979). على سبيل المثال، إن حادثاً دخيلاً قد يقع فى نفس الوقت الذى يُقدم فيه المعالجة. وهكذا، فإن تصميمات أكثر إتقاناً قد إبتكرت محاولة الالتفاف حول هذه المشكلة .

## التصميم العكسى (أو أ ب أ ب):

التصـمـيم العكسي هو تصـمـيم (أ ب) مـتـبوع بشكل مـباشر بتكراره الخاص (أنظر شكل (٤)). ويستخدم تكراراً فى عمل تعديل فعال للسلوك. على سبيل المثال، فى مثال نوبة غضب الطفل السابق، وبمجرد أن التدخل قد تبين أنه فعال فإن مرحلة الخط القاعدى (لاعلاج) سوف يعاد تأسيسها، متبوعة فى النهاية بتدخل مرة ثانية. والأساس المنطقى هو أن هذه الانعكاسات توضح ضبطاً تجريبياً على سلوك الدريئة. كما توجد أشكال متنوعة أكثر تعقيداً، على سبيل المثال، التصميم أب أجـ أب الذى يقدم فيه تدخل ثان بعد مرحلة الخط القاعدى الثاني. على سبيل المثال. اقتصاد العملة الرمزية فى جناح مرضى داخليين ربما له احتمالاته المعدلة فى المرحلة الثانية.

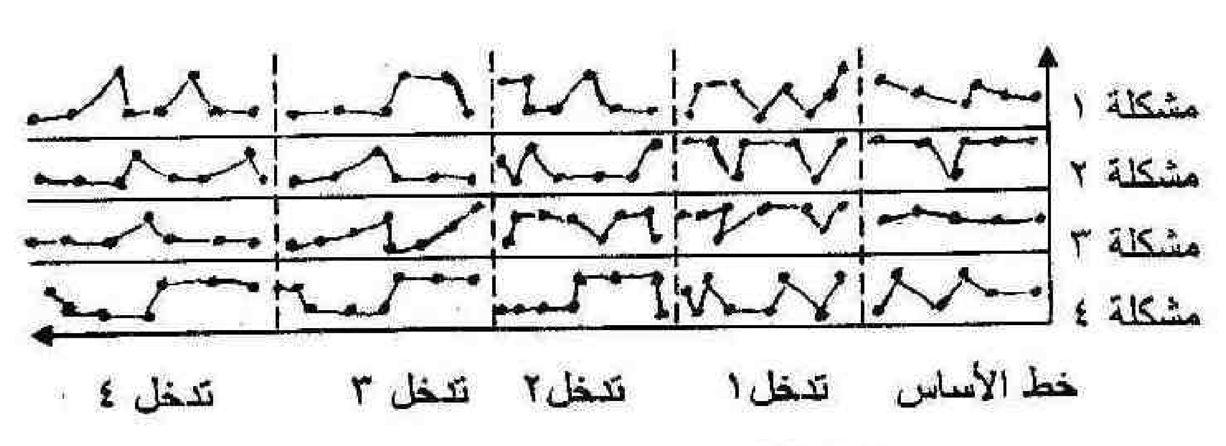



شكل (٤) تصميم (أب أ ب)

ويعـانى تصـميم (أ ب أ ب) من ثلاث مـشـاكل رئيسـيـة، أولاً: أن تأثير التـدخـلات الكثـيـرة غيـر قـابل للانعكاس. وقـد يحـدث التـعلم الدائم لتـغـيـر الشخصية، أو قد لاتتواتر المشكلة بمجرد التعامل معها. وهذا التصميم لايمكن استخدامه لدراسة تأثيرات العلاج السيكوديناميى أو المعرفى. ثانياً: حتى إذا كـان التـدخل قـابلاً للانعكاس، فـإنه توجـد مـشـاكل أخـلاقـيـة خطيـرة مع سـحب العـلاج فى المرحلة القـاعدية واللاحقـة الثـانيـة. وهذا مماثل للورطة الأخـلاقـيـة المواجهة فى عدم الحصول على مجموعات ضابطة غير معالجة فى تصـميمات مـقارنة المجـموعات، ولكن أكـثـر حـدة لأن المعالجـة مـسـحـوبة أكثر من كونهـا مكبـوحـة. على سـبيل المثـال قد يرتد الطفل إلى امـتـلاك نوبات الغضب، أو قـد يبـدأ مريض نفسى داخلى من جديد فى إيذاء الذات. ثالثـاً: أن إجراء أو منع التدخل قد يكون له عواقب نفسية غير مرغوب فيها، فقد يؤدى إلى فقد العميل الثقة فى الأخصائى النفسى، كما قد يؤدى إلى أن يكون سلوك المشكلة أصعب فى الانطفاء لأنه باق على قائمة تدعيم جزئى .

## تصميم الخطوط القاعدية المتعددة: Multiple baseline design

سلوكيات درئية عديدة (فى محيطات غير مستقلة فيما يزعم) (على سبيل المثال، طفل يعانى من نوبات غضب، وتبول لاإرادى، ورهاب الكلاب) أو سلوك غير مرغوب فى محيطات مستقلة متعددة، فهنا نستطيع أن نستخدم تصميماً ذا خطوط قـاعدية متـعددة. وتكون التدخلات الموجهة للدرئة فى كل سلوك مقدمة على التتابع وتأثيرها على كل السلوكيات الدرئة التى يتم قياسها (أنظر شكل (٥). والفكرة الأسـاسية هنا هى توضيح أن تأثير كل تدخل يكون قـاصراً على مشكلة معينة .



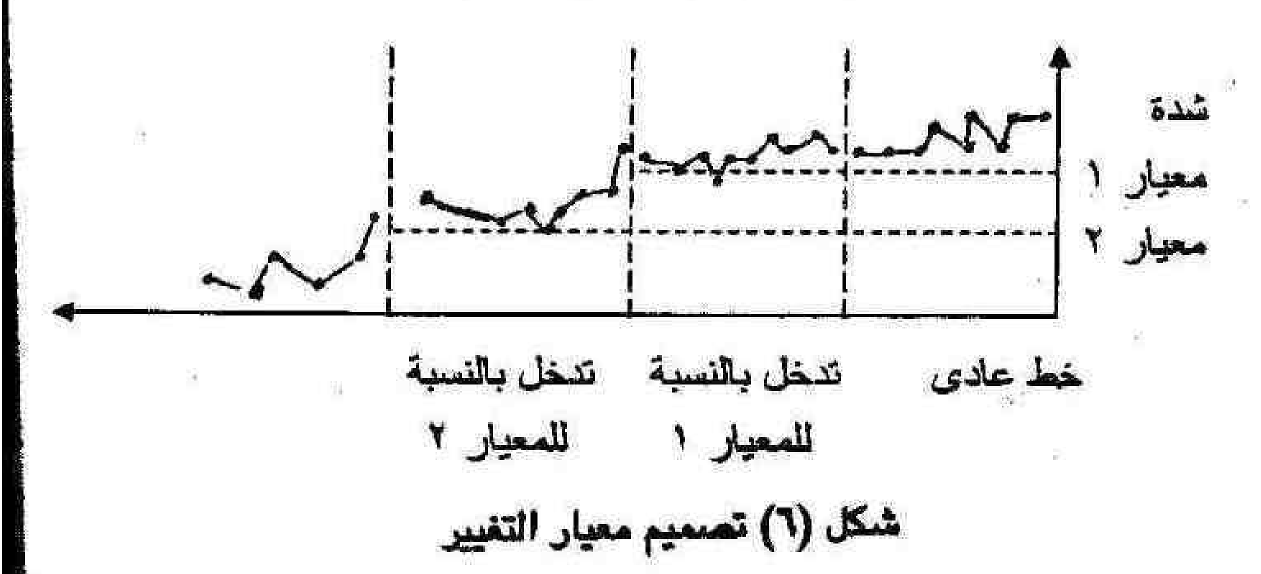

شكل (٥) تصميم خط الأساس المتعدد

ويضاهي بارلو وهيرسين (Barlow & Hersen, 1984) حالة التحليل النفسي الخاصة «باناأو» Anna O – التي كان يعالجها بروير وفرويد Breuer & Freud عام ١٨٩٥ و ١٩٠٥ – داخل هذه الصيغة، حيث اتخذ «بروير» تدخلات منفصلة متنوعة في تأويل أعراض «أنا أو». ومع ذلك، فبالرغم من أن هذا التصميم عرضة لعلاجات غير سلوكية، إلا أنه يُستخدم بشكل أكثر شيوعاً في سياق الإطار السلوكي .

وفي تطبيق مشوق لهذا التصميم، فحص بينان ولوكس (Bennun & Lucas, 1990) تأثير تدخل عنصرين مع أزواج فيها شريك حصل على تشخيص طويل الأمد خاص بالفصام. وباستخدام «تصميم متعدد لحالة فردية» Multiple Single case design بعينة من ستة أزواج، تبين أن العنصر الأول من التدخل – التعليم – كان له تأثير على الإدراك الجيد للقرين الخاص بقدرته على المواجهة، ولكن لم يكن له تأثير على تقديم الأعراض. أما العنصر الثاني للتدخل – التدريب على حل المشكلة والتواصل – فقد كان له تأثير على الأعراض الإيجابية للفصام .

## تصميم معيار التغيير Changing - Criterion design

يُستخدم هذا التصميم لإيضاح ضبط تجريبي على سلوك منفرد خاص بمشكلة يمكن أن تنخفض تدريجياً في الشدة (أنظر الشكل (٦)). وهو نافع في العمل مع عملاء معتمدين على العقاقير أو الكحول. على سبيل المثال، قد يُستخدم في مساعدة العميل على التوقف عن التدخين، حيث يقلل العميل تدريجياً دريئته بشكل أكثر صرامة (معيار ١ سيكون ٢٠ يومياً، معيار٢، سيكون ١٥ يومياً، وهكذا). أو يمكن أن يُستخدم مع سلوك يتم تشكيله، على سبيل المثال، تدخل اجتماعي ملائم في الذاتوية الطفلية .




شكل (٦) تصميم معيار التغيير

## تحليل البيانات: Date Analysis

تعرض البيانات من تصميمات الحالة المنفردة بشكل عادى على رسم بياني كما في الشكلين (٢، ٥). وجزء من الحكم على قيمة هذه التصميمات هو أن نجاح أو فشل التدخل يكون واضحاً بشكل مباشر من الرسم البياني (Morley & Adames, 1991) . إنه لابد أن يصلك بين العينين .

ومثل هذه الرسوم البيانية غالباً مايفيد إظهارها للعملاء، لتمكينهم من مراقبة تقدمهم وللبرهنة بوضوح أن التدخل ينجح (أو لاينجح، أو كما قد تكون الحالة).

ومع ذلك، قد تكون التغيرات في بعض الحالات حاسمة على نحو أقل وضوحاً، أو قد يتطلب قياس لمقدارها. وقد أدى هذا ببعض الباحثين إلى المناداة باستخدام طرق إحصائية والتى تمثل تكنيكاً جيداً للتغطية (Morley & Adams 1989).

## التعميم: Generalization

بالرغم من أن دراسات الحالة المنفردة هى دراسات مركزة بشكل أساسى لحالة فردية، إلا أن الفاحص غالباً مايرغب فى تصميمها إلى مابعد الأفراد المعينين الذين تتم دراستهم للوصول إلى أدلة أوسع بخصوص فاعلية العلاج المختبر. ويتم هذا عادة بإجراء سلسلة تكرار إكلينيكى (Barlow & Hersen, 1984)، أى، تكرار الدراسة على أفراد عديدين. وبهذه الطريقة فإنه يتم تأسيس الصدق الخارجى. وتشتق فكرة سلسلة التكرار من مفهوم كرونباخ (Cronbach, 1975). الخاص بملاحظة مكثفة محلياً. وكنتيجة تختبر فى سياقات أخرى، فإن الحالات المتغيرة فى السياقات الأخرى تختبر حدود صدقها الخارجى وتؤدى إلى نظرية أكثر ثراء: حيث أن الباحث يذهب من موقف إلى موقف، فإن عمله الأول هو وصف وتفسير التأثير من جديد فى كل موضع، ربما يأخذ فى الاعتبار عوامل فريدة بذلك الموقع... ولأن النتائج تتراكم، فإن الشخص الذى يسعى إلى الفهم سوف يبذل جهده لتتبع كيف يمكن أن العوامل غير المنضبطة تكون قد سببت انحرافات موضعية عن

التـأثير النموذجي، أي أن التصـميم يأتى مـتأخـراً، ويؤخـذ الاستثناء بجدية باعتباره القاعدة (Cronbach, 1975: 125) .

ويمكن أن يطبق هذا المجال بمساواة على نحو جيد فى مجالات تجريبية وطبيعية وغير تجريبية .

## تصميمات دراسة الحالة الطبيعية:

## Naturalistic Case Study Designs

بالرغم من أن البـاحـثين نوى التـوجـه السلوكى (مـثل: Hayes, 1981) غـالباً مـايزعمـوا أن التـصـمـيمـات التـجـريبـيـة للحـالة المنفردة يمكن أن تصلح للمـعالجـات غير السلوكيـة، فإن تأكـيدهم على الأحداث الملحـوظة والمعالجات التجريبية تجعل هذه التصـمـيمات مدعاة للمشاكل بالنسبة لدراسة العلاجات السيكوديناميـة، والتجريبية، وحتى المعرفية. وتعتبر دراسـة الحالة غير التجريبيـة - دراسـة الحـالة الروائـيـة التـقليـديـة، ودراسـة الحـالة المنهـجـيـة، وتصـمـيـمـات السـلاسل الزمنية - هى أكثر ملائمـة لهـذه الأنماط من المعـالجـة، وسـوف نلقى بعض الضوء على كل منها فى الجزء اللاحق .

### دراسات الحالة الروائية: Narrative Case Studies

إن دراسـة الحـالة الروائـيـة هى الوصـف التـقـليـدى للعـمـيل أو المعـالجـة القائمة على مـلاحظات وذاكرة الإكلينيكى. وتعتبر تواريخ حـالات فرويد - على سـبيل المثال «هانز الصـغير» فرويد عام ١٩٠٩/ ١٩٥٥ أو «دورا» فرويد عام ١٩٠٥/١٩٥٣ - هى أمثلة كلاسيكية لهذا النوع. وقـد لعبت دراسات الحـالة دوراً هامـاً فى تطور علم النفس الإكلينيكى والإرشـادى، حـيث أنهـا يمكن أن

تخدم عدداً من الأغراض التى تشمل توثيق وجود ظاهرة إكلينيكية، وغالباً الظاهرة النادرة (على سبيل المثال، دراسات حالات مبكرة خاصة باضطراب الشخصية المتعدد)، الذى يدحض قضية شاملة (على سبيل المثال، أن النساء وحدهن يعانين من الهستيريا)، مما يوضح تدخلاً جديداً ويولد فروضاً عن الأسباب (Dukes, 1965; Lazarus & Davison, 1971) . ويمكن أن تُجمع المعلومات القيمة من دراسات الحالات طالما فهمت طبيعتها وقصورها. وبصفة عامة، تخبرنا دراسات الحالات بما هو ممكن ولكن ليس بما هو نمطى. وبالمثل فإنها يمكن أن تقترح صلة أو سبب ممكن، ولكن لايمكن أن تقدم دليلاً مؤكداً قوياً.

ومع ذلك، فقد جادل سبينسى وزملاؤه (Spence et al., 1986) بأن دراسات الحالة الروائية - مثل حالات فرويد - تحتوى على كثير جداً من التدفق الروائى: أى أنها انتقائية جداً وقد كانت غالباً متغيرة لتخبر بقصة أفضل. ويمكن أن تُفحص التشوهات الروائية بالتجربة الذاتية التالية. سجل على شريط جلسة علاجية، ولاتأخذ ملاحظات بشكل مباشر، وبدلاً من ذلك انتظر يوماً أو يومين قبل كتابة ملخص يبلغ نصف صفحة على الأقل من الذاكرة. وبعد ذلك استمع إلى شريط الجلسة وأنت تأخذ ملاحظات مفصلة ولاحظ أى أخطاء. وبالإضافة إلى كميات كبيرة من المادة المفتقدة، فسوف تجد كذلك أنك قد فقدت أشياء حدثت فى أوقات مختلفة، وحصلت على بعض الأشياء خارج الترتيب وربما قد عزوت جملاً لغير المتحدث الحقيقى أو حتى صنعت أشياء على نحو كامل .

ومثل تصميم الإختبار البعدى فقط لمجموعة واحدة والذى عرضناه فى الفصول السابقة، فإن دراسات الحالة الروائية يمكن أن تُستخدم للاستدلال على تفسيرات سببية ممكنة إذا ماأُتيحت معلومات إضافية كافية. على سبيل

المثال، فى دراسات الحالة التاريخية النفسية، يوضح رابنان (Runyan, 1982) أن الاعتبار الحذر الخاص بالحقائق المعروفة غالباً مايسمح للباحث بحذف معظم التفسيرات الممكنة لحدث .

## دراسات الحالة المنهجية: Systematic Case Studies

إذا كنا أوضحنا المشاكل الخاصة بدراسات الحالة (الاعتماد على الذاكرة - تجميع بيانات روائية - تدفق روائى)، فإنه لمن المهم الأخذ فى الاعتبار كيفية تحسين جودة المعلومات، من أجل تقوية الاستنتاجات التى يمكن الوصول إليها. ويدون كازدين (Kazdin, 1981) خمس خصائص لدراسات الحالة التى تُحسن مصداقيتها، هى:

١ - بيانات منهجية وكمية (مقابل قصصية) .

٢ - تقييمات متعددة للتغير على مر الزمن .

٣ - تغير فى المشاكل المزمنة أو الثابتة سابقاً .

٤ - تأثيرات مباشرة أو ملحوظة عقب التدخل .

٥ - حالات متعددة .

وامتزاج هذه الملامح يُحسن على نحو أساسى قدرة الباحث على الاستدلال بأن معالجة قد سببت تأثيراً (أى، تزيد الصدق الداخلى للدراسة) .

ودراسات الحالة المنهجية هى فحوص حذرة تستخدم مجموعة من الطرق غير التجريبية (لمزيد من التفصيل أنظر: Elliott, 1983). إنها تتناول على نحو نمطى أسئلة خاصة بمحاور الاهتمام للمعالجين والمرشدين الممارسين، مثل:

- تغير العميل على سبيل المثال، «هل تحسن هذا العميل؟» في أى النواحي قد تغير العميل؟ «متى حدث هذا التغير؟».
- عملية العلاج على سبيل المثال، «ماذا فعل أو خبر العميل والمعالج على نحـو نمطى فى العـلاج؟» «إلى أى حـد يوافق كل منهـمـا الآخـر على ماحدث؟»، هل تتغير هذه العمليات على مر الزمن؟» .
- عمليات التـغير: على سبيل المثال، «هل ساعد العـلاج العـميل على التحسن؟» «ماهي العمليات التي كانت فعالة أو مفيدة فى العلاج؟» .

وفى هذا المجال، يمكن الاستفادة من عدد من المقاييس والتصميمات التى تتضمــن درجات متنوعة من الوقت والمجهود. وينبغى أثناء تناول كل من الأسئلــة الثلاثة المبينة أعلاه أن تقدم إقتراحـات لتنفـيذ دراسـات حـالات منهجيــة علـــى العملاء الخاصين بنا. ويتم ترتيب هذه الاقتراحات من الأقل إلى الأكثر استهلاكاً للوقت، وبذلك قد نبدأ بأدنى متطلب ونتقدم تدريجياً إلى إجراءات أكثر إتقاناً .

### تغيير العميل :

تتمثل المهمة هنا فى أن تستمر فى تحسين إنطباعات قصصية لتقدم أو تأخر العميل، وتوجد نقاط عديدة يمكن استخدامها في ذلك الأمر، هي :

١ – طبق مقياس تغير مقنن، ومناسب للعميل المعين، قبل وبعد العلاج، على سبيل المثال، طبق قائمة بيك للاكتئاب على عميل مكتئب .

٢ – أضف مقياس تغير فردى (Mintz & Kiesler, 1982). على سبيل المثال: شكاوى درنيات (Phillips, 1986) .

٣ – إستخدم مقاييس تغير مقننة إضافية، على سبيل المثال، قائمة شاملة مثل قائمة مراجعة الأعراض المراجعة SCL - 90 - R (Derogatis, 1983).

٤ - إسأل العميل: «ماذا قد تغير منذ أن بدأ العلاج؟»، أو من الأفضل، إجعل شخص ثالث يقابل العميل من أجلك، على سبيل المثال، مقابلة التغير (Elliott et al., 1990) .

٥ - أضف مزيداً من نقاط التقييم، على سبيل المثال، في منتصف العلاج (أو كل ٨ إلى ١٠ جلسات) أو عند التتبع (على سبيل المثال، بعد ستة شهور أو سنة من العلاج) .

٦ - أضف مقاييس تغير أسبوعياً، على سبيل المثال، أعد تطبيق مقياس شابيرو الشخصي (Shapiro, 1961). في كل جلسة.

٧ - أضـــف حـــالات لاحـقـة، خـالقـاً سلسلة تكرار إكلينيكي (Hyes & Nelson, 1984) .

## العملية العلاجية :

توجد كذلك مجموعة متنوعة من الطرق المنهجية لتقويم العملية العلاجية، ماذا يحدث في إحدى الجلسات وماردود فعل العميل لتلك الجلس. وتُستعرض كثير من هذه الطرق في جرينبرج وبينسوف (Greenberg & Pinsof, 1986) وتشمل مايلي :

١ - تسجيل سمعي للجلسة وبعد ذلك أخذ ملاحظات مفصلة عن العملية من الشريط، أو نسخ بعض الفقرات الإيضاحية .

٢ - قياسات دورية للعلاقة العلاجية مطبقة، على سبيل المثـال، كل ثلاث أو خمس جلسات .

٣ - القيـاسـات المعيـارية لجلسـة التقـرير الذاتي، المكتملة بواسطة العـميل والمعـالج. على سـبيل المثـال، إستـبيان تقـويم الجلسـة (Stiles, 1980) واستبيان تأثيرات الجلسة (Elliott & Wexler, 1974) .

٤ - قياسات خاصة بالعلاج، مكتملة بواسطة المعالج أو المشرف بعد كل جلسة، لتقييم تمسك المعالج بنموذج العلاج أو تقدم العميل. على سبيل المثال، مقياس العلاج المعرفي (Beck et al., 1979)، والمقاييس التجريبية لإكمال المهام (Greenberg et al. 1993) ، ومقياس التمسك بالعلاج (De Rubeis et al., 1982) .

**عمليات التغيير :**

في النهاية يمكن محاولة تقييم العناصر الفعالة في التدخل، لفهم مافعلته على نحو جيد (أو على نحو سيء) مع العملاء. وتشمل الطرق الممكنة مايلي:

١ - سؤال العملاء: استخدام مقاييس التقرير الذاتي للعملاء الخاصة بالعوامل المساعدة أو الأحداث الدالة. ويمكن أن تأخذ هذه شكل استبيان أو مقابلة بعد العلاج (Llewelyn & Hume, 1979) .

٢ - قم بانتقاء نجاح أو فشل المعالجة الملحوظة (أو كلاهما) وحللها أو قارنها (Strupp, 1980) أو قارن الجلسة الأكثر والأقل مساعدة، القائمة على تقديرات العميل أو المعالج أو تقديرات على قياس التغيير أسبوعياً (Parry et al. , 1986) .

٣ - قم بانتقاء حدث مشوق أو هام في العلاج، إنسخه وحلله كلية، مستخدماً إما تحليل المهمة (Rice & Greenberg,1984) أو تحليل العملية الشامل (Elliott, 1989).

وتوضح دراسة الحالة المنهجية لباري وزملائه (Parry et al., 1986) العديد من هذه الإمكانات، وهي مثال جيد ممكن لدراسات الحالة المنهجية لربط الممارسة الإكلينيكية والبحث في معالجات غير سلوكية .

## تصميمات السلاسل الزمنية: Time - Series Designs

إن المثال النهائي للتصميمات غير التجريبية هو تصميم السلاسل الزمنية. والهدف من هذا التصميم هو هدف ارتباطي أكثر منه تجريبي: تقوم بمراقبة متغيرين أو أكثر على مر الوقت وتنظر إلى علاقتهما. وتوجد حاجة إلى كثير من الملاحظات لمقابلة الإفتراضات وراء استخدام الطرق الإحصائية العادية. وقد نشأت هذه التصميمات في القياسات الاقتصادية، على سبيل المثال، تأثير معدلات فوائد سنة واحدة على النشاط الاقتصادي للسنة التالية قد يفحص باستخدام بيانات شهرية على مدى ٢٥ سنة .

وقد عزز جوتمان وزملاؤه (Gottman 1981; Gottman & Roy, 1990) في البحث هذه الطرق في نطاق علم النفس بصفة عامة ودراسة العلاجات النفسية بصفة خاصة. وهناك حاجة إلى طرق إحصائية معقدة لتقييم العلاقات التي تبزغ في سياق وبين المتغيرات (Gottman, 1981, Skinner. 1991). وقد استخدم موران وفوناجي (Moran & Fonagy 1987) طرق السلاس الزمنية لدراسة عملية وتأثير التحليل النفسي في الطفولة على فتاة مراهقة مصابة بمرض السكر. وقد أوضحا ارتباطاً بين موضوعات معينة في سياق محتوى التحليل النفسي، على سبيل المثال، غضب الفتاة من والدها، ومتغير العاقبة الرئيسية للدراسة، وتغيرات مستوى الجلوكوز في دمها.

## الاستنتاج :

تمثل تصميمات العينة الصغيرة كلاً من طريقة النظر في تفرد وتعقيد الفرد وكذلك طريقة قابلة للتطبيق في البحث للإكلينيكيين الممارسين. ومثل كل طرق البحث، فإن لها نقاط القوة والضعف، وهي جيدة بالنسبة للنظر إلى

الظواهر في عمق، موضحة أن ظواهر معينة موجودة، أو إثارة الشك فى نظريات بتقديم أمثلة مضادة. وهى ضعيفة فى تأسيس قوانين عامة أو نمطية.

وتآزراً مع الخطوط الخاصة بالتعددية المنهجية، يمكن أن نجادل بأن فحصاً كاملاً لأى مجال محورى يحتاج إلى مزج كل من مجالى العينة الكبيرة والعينة الصغيرة. ومن الممكن، بل من المرغوب فيه، فحص حالات منفردة فى نطاق السياق الخاص بدراسة مقارنة لمجموعة أكبر. إن حالة روجرز (Rogers 1967) الكلاسيكية (الشاب الصامت) Silent young man تؤخذ من دراسة تجريبية أكبر، كحالة بارى وزملائه (Parrry et al., 1986) «تنفيذ القلق» Anxious exeuctive. ويعطى كلاً من هذين المثالين بعداً إنسانياً، غير متوفر فى التقارير الإحصائية المأخوذة من المشروعات الكبيرة .

### مراجع الفصل الرابع:

1- Barlow, D., Hayes, S., & Nelson, R. (1984). The scientist practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings. Oxford: Pergamon.

2- Barlow, D., & Hersen, M. (1984). Single case experimental designs: Strategies for studying behaviour change (2nd edn.). Oxford: Pergamon.

3- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cogmitive therapy of depression. New York: Guilford.

4- Bennun, I. & Lucas, R. (1990). Using the partner in the psychosocial treatment of schizophrenia: A multiple single case design. British Journal of Clinical Psychology, 29, 185-192.

5- Bergin, A. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. Im A. Bergin & S. Garfield (Eds.), Handbook of Psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. New York: Wieley.

6- Bergin, A., & Strupp, H. (1972). Changing frontiers in the scince of psychotherapy. Chicago: Aldine.

7- Bromley, D. (1986). The case- study method in psychology and related disciplines. Chichester: Wiley.

8- Cook, T., & Campbelle, D. (1979). Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. Chicago: Rand-McNally.

9- Cronbach, L. (1975). Beyond the two disciplines of scientific psychology. American Psycholoist, 30, 116-127.

10- Davidson, P., & Costello, C. (Eds.) (1969). N=1: Expermental studies of single cases. New York: Van Nostrand.

11- Derogatis, L. (1983). SCL-90-R administration, Scoring, and Procedures manual-II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.

12- DeRubeis, R., Hollon, S., Evans, M., & Bemis, K. (1982). Can psychotherapies for depression be discriminated? A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 744-756.

13- Dukes, W. (1965). "N=1". Psychological Bulletin, 64, 74-79.

14- Elliott, R. (1983). Fitting process research to the practising psychotherapist. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 20, 47-55.

15- Elliott,R. (1989). Issues in the selection, training and management of raters. Paper presented at Society for Psychotherapy Research, Toranto, Candad.

16- Elliott, R., Clark, C., Kemeny, V., Wexler, M., Mack, C. & Brinkerhoff, J. (1990). The impact of experiential therapy on depression: The first ten cases. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.). Client centered and experiential

psychotherapy towards the nineties. Leuven, Belgium: Leuven University Press.

17- Elliott, R. & Wexler, M. (1994). Measureing the impact of sessions in process-experiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. Journal of Counseling Psychology, 41, 166-174.

18- Fonagy, P. & Moran, G. (1993). Aduances in the systematic study of the individual case. In V. Miller, L. Luborsky, J Barber & J. Docherty (Eds.), A guide to psychotherapy research and practice. New York: Basic Book.

19- Gottman, J. (1981). Time-series analysis: A comprehensive introduction for social scientists. New York: Cambridge University Press.

20- Gottman, J. & Roy, A. (1990). Sequential analysis: A guide for behavioral researchers. New York: Cambridge University Press.

21- Greenberg, L. & Pinsof, W. (Eds.) (1986). The psychotherapeutic process: A research handbook. New York: Guilford Press.

22- Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, R. (1993). Facilitaing emotional change: The moment-by moment process. New York: Guilford Press.

23- Kasdin, A. (1981). Drawing valid inference from case studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 183-192.

24- Kazdin, A. (1982). Single case research designs: Methods for clinical and applied settings. Oxford: Oxford University Press.

25- Kiesler, D. (1966). Some Myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. Psychological Bulletin, 65, 110-136.

26- Lazarus, A. & Davison, G. (1971). Clinical innovation in research and practice. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.

27- Llewelyn, S. & Hume, W. (1979). The patient's view of therapy. British Journal of Medical Psychology, 52, 29-35.

28- Llew, A. (1973). The working brain: An introduction to neuropsychology. New York: Basic Books.

29- Mintz, J. & Kiesler, D. (1982). Individualized measures of psychotherapy outcome. In P. Kendall & J. Butcher (Eds.). Handbook of research methods in clinical psychology. New York: Wiley.

30- Moran, G. & Fonagy, P. (1987). Psychoanalysis and diabetic control: A single case study. British Journal of Medical Psychology, 60, 357-372.

31- Morley, S. & Adams, M. (1991). Graphical analysis of single-case time-series data. British Journal of Clinical Psychology, 28, 97-115.

32- Murray, H. (1938). Exploration in personality. New York: Oxford University Press.

33- Nelson, R. (1981). Realistic dependent measures for clinical use. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 168-182.

34- Parry, G. & Gowler, D. (1983). Career stresses on psychological therapists. In D. Pilgrim (Ed.) Psychology and Psychotherapy: Current trends and issues. London: Routledge.

35- Parry, G., Shapiro, D. & Firth, J. (1986). The case of the anxious executive: A study from the research clinic. British Journal of Medical Psychology, 59, 221-233.

36- Philips, J. (1986). Shapiro personal questionnaire and generalized personal questionnaire techniques: A repeated measures

individualized outcome measurment. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), The psychotherapeutic process: A research handbook. New York: Guilford.

37- Rice, L. & Greenberg, L. (Eds.) (1984). Patterns of change. New York: Guilford Press.

38- Rogers, C. (1967). A silent young man. In C. Rogers, E. Gendlin, D. Kiesler, & C. Truax, (Eds.), The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.

39- Runyan, W. (1982). Life histories and psychobiography. New York: Oxford University Press.

40- Sacks, O. (1985). The man who mistook his wife for a hat. London: Duckworth.

41- Shallice, T. (1979). Case study approach in neuropsychological research. Journal of Clinical Neuropsychology, 1, 183-211.

42- Shallice, T., Burgess, P., & Frith, C. (1991). Can the neuropsychology case-study approach be applied to schizophrenia? Psychological Medicine, 21, 661-673.

43- Shapiro, M. (1961a) . A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient. British Journal of Medical Psychology, 34, 151-155.

44- Shapiro, M. (1961b). The single case in fundamental clinical psychological research. British Journal of Medical Psychology, 34, 255-262.

45- Skinner, B. (1953). Science and humanbehavior. New York: Macmillan.

46- Skinner, C. (1991). Time series. In P. Lovie & A. Lovie (Eds.), New developments in statistics for psychology and the social sciences (Vol. 2). Leicester: British Psychological Society.

47- Spence, D. (1986). Narrative smoothing and clinical wisdom. In T. Surbin (Ed.), Narrative Psychology: The storied nature of human conduct. New York: Praeger.

48- Stiles, W. (1980). Measurment of the impact of psychotherapy senssions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 176-185.

49- Strupp, 11. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 37, 595-603; 708-717; 831-841; 947-954.

50- Wilson, B. (1987). Single case experimental designs in neuropsychological rehabilitation. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 9, 527-544.

# الباب الثاني

## (عملية الممارسة)

## Practice Process

الفصل الخامس : الأخصائي النفسي .

الفصل السادس : التقييم والتفسير والتشخيص الإكلينيكي .

الفصل السابع : القياسات في الممارسة الإكلينيكية .

الفصل الثامن : العلاج النفسي .

الفصل التاسع : التحديات الخاصة بمقابلة عميل جديد .

# الباب الثانى
## عملية الممارسة
## Practice Process

إهتم الباب الأول فى هذا الكتاب بعملية البحث فى علم النفس الإكلينيكى. والآن، وفى الباب الثانى من ذات الكتاب، فسوف نهتم بعملية الممارسة فى علم النفس الإكلينيكى من حيث من هو الممارس فى علم النفس الإكلينيكى؟ وماذا يمارس؟، وكيف يمارس؟

فالحقيقة أن الذى يمارس فى علم النفس الإكلينيكى هو الأخصائى النفسى الإكلينيكى، ولذلك سوف نبدأ هذا الباب بفصل خاص (الفصل الخامس) عن الأخصائى النفسى الإكلينيكى من حيث كيفية تعليمه وتدريبه والضغوط التى يعانى منها .

أما عن المهام التى يمارسها الأخصائى النفسى، فهى كثيرة، منها عملية التقييم والتفسير والتشخيص النفسى الإكلينيكى، وهذا ماسوف نعرضه فى فصل خاص (الفصل السادس). كما سيتم تناول القياسات فى الممارسة الإكلينيكية من خلال عرض موجز لبعض الأدوات السيكومترية التى تقيس أعراض بعض الاضطرابات العقلية والتى يستخدمها الأخصائى النفسى الإكلينيكى، وهذا مايبدو واضحاً فى (الفصل السابع) .

وننوه هنا إلى أن مهمة الأخصائى النفسى فى الممارسة الإكلينيكية لاتقتصر على عمليتى التقييم والتشخيص النفسى فحسب، بل تمتد مهمته إلى أكثر من ذلك متمثلة فى ممارسة العلاج النفسى. لذا إهتم مؤلف الكتاب الحالى بعرض فصل خاص (الفصل الثامن) عن العلاج النفسى ومدارسه، والعوامل الثقافية التى تؤثر فيه، وطبيعة الخدمات النفسية العلاجية .

وإذا كان الأخصائى النفسى سوف يقوم بعمليتى التشخيص والعلاج النفسى، إلا أنه سوف يُواجه بمجموعة من التحديات فى عملية الممارسة وخاصة مع العملاء الجدد. لذا سوف نعرض فصل خاص(الفصل التاسع) عن التحدى الخاص بالمقابلات الأولى مع العملاء الجدد. وبهذا الفصل نكون قد إنتهينا من الكتاب الحالى فى طبعته الأولى .

# الفصل الخامس
# الأخصائي النفسي
# Psychologist

إن الأخصائي النفسي هو ذلك الفرد الذي يتم تعليمه وتدريبه على القيام بأدوار متعددة في مجال علم النفس المهني، وتتمثل تلك الأدوار في عمليات التقييم والإرشاد والعلاج النفسي. ولذلك سوف نتناول في هذا الفصل أساسيات الجودة في تعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين، وكيفية تدريب المتخرجين الإكلينيكيين في علم النفس، ثم إلقاء الضوء على الضغوط التي يتعرض لها الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين .

## أولا: أساسيات الجودة في تعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين

يجب أن تتحقق بعض الشروط الشائعة إذا كان لنا أن نؤدي أفضل عمل ممكن لتعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين، وقد كشفت الأدبيات الأجنبية عن الأساسيات الرئيسية في جودة تعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين، وتتمثل تلك الأساسيات في الآتي:

### ١ - ثقافة مشجعة :

يتمثل الشرط الأول في وجود ثقافة إجتماعية بها كل من الاشتراكيات Commonalities والفروق بين أبحاث علمية وممارسة مهنية مفهومة وممارسة مُقوّمة في حد ذاتها. وبالرغم من وجود بعض التماثلات الهامة بين البحث والممارسة، فإن الفروق عميقة. ويهدف العلماء فوق كل شيء إلى المعرفة العامة، بينما يهدف الممارسون فوق كل شيء إلى مساعدة عملائهم. ويختار العلماء مشاكلاً للفحص، ويتناول الممارسون المشاكل التي يحضرها لهم

عملاؤهم والعلماء يضبطون شروط الاستفسار، والممارسون لايستطيعون استثناء التعقيدات الخاصة بالحياة الطبيعية. والممارسون في علم النفس يمكن أن يُنظر إليهم كعلماء ومحليين، ولكن ليس هذا أكثر من الأطباء أو المهندسين، ويجب أن نعترف بالفروق الحاسمة بين أهداف ومتطلبات البحث والممارسة .

وتتطلب الثقافة المشجعة بالنسبة لتعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين تقدير الممارسة في حد ذاتها. إنها فوق كل شيء في هذا الخصوص لدرجة أن كثيراً من البرامج في جامعات البحث الرئيسية تفشل. فكيف يستطيع الفرد أن يؤكد ماإذا كان العمل المهني يتم تقويمه في برامج تعليمية؟ فمنذ بعض الوقت، حينما كانت برامج الممارس تبدأ للتو، إقترح بول ميهل (P.Meehl 1971) بعض الإشارات. ولقد أضيفت بنوداً قليلة من الخبرة الخاصة وتم إعداد اختباراً صغيراً من الإشارات .

- هل وصف البيان المصور يوضح أن البرنامج مصمم لإنتاج الباحثين فضلاً عن مجرد الممارسين؟ الدرجة - ١٠ .
- هل يتحدث أعضاء الكلية عن الممارسة كلية تقريباً كميدان تنافسي بالنسبة للبحث أو كنشاط قيم في حد ذاته؟ إطرح ٥ في الحالة السابقة وأضف ٥ في الحالة اللاحقة .
- ماأنواع الممارسة، إذا وُجدت، التي تقوم بها الكلية؟ ٥ درجات إذا مارست الكلية بعض الوقت، أضف ١٠ إذا إنغمس جميعهم في شكل من الممارسة .
- في وقت الارتقاء، هل تؤخذ في الاعتبار كمية وجودة الخدمة المهنية، متوازيتان مع البحث والتعليم في تقويم مساهمات الكلية؟ تعطى ١٠ درجات إذا كان هذا هو الحال، وتطرح ١٠ إذا كان البحث هو الشيء الوحيد الذي يُهتم به في الحقيقة .

- حينما يتحادث الطلاب فى غير كلفة فى قاعة الاستراحة، فهل يتحدثون بخصوص الحالات التى يرونها ومشروعات الخدمة التى يتعهدونها أو كلية على نحو التقريب عن أشكال تقليدية من البحث؟ تعطى ٥ درجات إذا تحدثوا عن الخدمة، و ١٠ درجات إذا سمعت مناقشة حماسية فيما يبدو عن إبتداعات فعالة، -٥ إذا كان كل ماسمعت تقريباً عن بحث تأكيدى .
- هل تتحدث الكلية بفخر عن خريج تم إعداده وأدار برنامج مع خدمة عامة ناجح بوضوح ولكنه لم ينشر إطلاقاً أى بحث رسمى؟ تعطى ١٠درجات.
- إذا إحتاج شخص ماتحبه مساعدة نفسية، هل سترسله إلى خريج من البرنامج؟ تعطى ٢٠ درجة .

فإذا وقع المجموع على الجانب السلبى، فإنك قد تأخذ فى الاعتبار أحد أفضل البرامج فى الدولة، ولكنك تنظر إلى اختيار سيء بالنسبة للتعليم فى ممارسة علم النفس. وإذا تحققت بشكل جيد شروط أخرى، فإنه كلما إرتفعت الدرجة الموجبة كلما كانت الفرصة أفضل لتعليم مهنى ممتاز .

وتأكيداً لقيم الممارسة، فإننا لانحط من قدر العلم. فمنذ أن إنفصل علم النفس إلى الأبد من الفلسفة منذ أكثر من مائة سنة تقريباً، فإن الباحثين قد كانوا يعملون على تأسيس مجالنا كعلم. ويوافق معظم المؤرخين على أننا قد حققنا تقدماً هائلاً على طول هذا الخط. ولايستطيع أحد أن ينازع بنجاح على أهمية البحث السليم، الأساس والتطبيق. ولايستطيع أحد أن يطلب بشكل مشروع التطبيق العملى المباشر لكل الأبحاث. ومع ذلك يجب تحدى البحث فى حد ذاته، والعلمية الواسعة الانتشار فى جامعات أمريكا .

مـرة ثانيـة تكون أفكار مـيـهل Meehl مثيـرة. فقد حـدد مجموعة من الافـتـراضـات التى تبدو مـعـتـقـدة بواسطة مـعظم الأكاديميين، ولكن لم توثق إطلاقاً، وقد تكون مزيفة تماماً، وتكلف قدراً كبيراً من المال الذى قد ينفق بمزيد من الحكمة إذا سمح لإفتراضات بديلة يمكن أن تنتشر. وأحد الإفتراضات هو «أن معظم الأبحـاث المنشورة بواسطة أسـاتذة الجـامـعة جديرة بالاهتـمـام». وبملاحظة أن متوسط مقالات المجلات فى العلوم الاجتماعية يقرأ بواسطة أقل من ٥٠ شـخـصـاً، وأن المصير العادى للنظريات فى العلوم الإجتـمـاعـية ليس دحضاً إمبريقياً ولاثباتاً علمياً ولكن ذبولاً بطيئاً من الانتباه الأكاديمى بملل الباحثين وتحولهم إلى محاور أخرى (Meehl, 1978) . وقد ذكر ميهل «أعتقد أنه من الصـواب القـول أن الغـالبـيـة العظمى من الأوراق المنشـورة بواسطة أساتذة علم النفس (على الأقل فى المجالات اليسيرة) وعلم الاجتماع ليس لها قيمة دائمة كقوالب في صرح معرفة نظرية أو كمساهمات لحل أى مشكلة عملية» (Meehl, 1979: 9). والمشاكل الخاصة بالنشر السىء والتـأثيـر المنخفض ليست قاصرة على العلوم اليسيرة. وبسماع إينريكوفيرمى E. Fermi لزميل يصف بعض دراسات غير مثيرة ولكن منهجية فى الفزياء باعتبارها «قوالباً فى صرح العلم» محمودة، فقال أن معظمها كان «مجرد قوالب مُلقى بها فى الموضع العلمى الذى يصنع فيه الطوب» (Meehl, 1984: 13). والمؤرخ المتميز للعلوم، ديرك. ج دى سـولا برايس Derek J. de Solla Price ، بعد دراسـة نماذج الاستشهاد فى المجالات العلمية، قدر أن ١٠٪ تقريباً من المقالات المنشورة لم يستشهد بها على الإطلاق، وأن ٥٠٪ منها إستشهد بها أقل من خمس مرات فى العقد التالى. وينهى تقريره بالنص التالى «لدى إغراء لأن أستنتج أن جزءاً

كبيراً جداً من الـ ٣٥٠٠٠ مجلة المزعومة التى يجب أن تُعد حالياً كضوضاء ذات خلفية متباعدة وكبعيدة جداً عن مايتعلق بمركز أو استراتيجية فى أى من جدائل منسوجة يُنسج منها قماش العلم» (Price, 1965: 515). ومنذ أن إستنتج «برايس» مسحه، فإن عدد المجلات الأكاديمية المنشورة على نطاق واسع قد زاد عن الضعف. ويبدو أنه من المحتمل أن الزيادة فى حجم المعلومات والوفرة الخالصة لحقائق متكاملة بشكل محدود مناسبة داخل المجلات وخلال الوسائل الإلكترونية اليوم قد خفضته على نحو أكثر تأثيراً معظم المادة الموضوعة فى الطباعة .

إن البحث الجيد يقدر دون نزاع، ولكن لايوجد شيء مقدس بخصوصه – فالحدوث الشائع لمهابة البحث والإحتقار للممارسة يكون متلفاً لمجالنا وإساءة العام. ونحن نحتاج مهنة قوية بقدر مانحتاج علماً قوياً، ولكى نملك مهنة قوية يجب أن نقدم ثقافة تعليمية تقدر فيها الخدمة بعمق وثبات. ومن الممكن على نحو موروث أن نعلم ممارسين محترمين للذات، واثقين، وخلاقين بمجتمع ترى فيه السلطات البحث بإعتباره نوعاً من العمل الوحيد القيم حقاً الذى يقوم به الأخصائيين النفسيين، الذين يصرون على تكريس أساسى للبحث بين الطلاب الذين يلتحقون ببرامجهم، والذين ينظرون إلى الممارسين لكل الوقت بين خريجيهم كفشل .

## ٢ - منهج جامعى شامل وصارم :

**A Comprehensive, Rigorous curriculum**

لن أحاول أن أحدد مادة التعليم السابق للدكتوراه فى علم النفس المهنى. وقام المجلس القومى لمدارس وبرامج علم النفس المهنى (NCSPP) بتقدم جدير بالاعتبار على طول هذه الخطوط فى مؤتمراته ووثائقه

المكتوبة (Peterson et al., 1992). وبالنسبة لهذه المناسبة سوف نقدم أربعة تذكرات فقط. الأولى هي أن المنهج بالنسبة لتعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين يجب أن يكون شاملاً. فإحتياجات المجتمع الإنساني واسعة المدى. كما أن كل من العمليات البيولوجية، والفردية البينشخصية، والتنظيمية تكون جميعها متضمنة في الأداء الإنساني. والممارسون الذين يتوقعون تحقيق إحتياجات المجتمع يجب أن يكونوا مستعدين للاستفسار والتدخل المنهجيين عند أي من تلك المستويات والانتقال من واحد إلى آخر كما تتطلب حالة العميل. والعلماء يمكن أن يعملوا على التركيز بشكل أكثر ضيقاً. حقاً، إن أي فاحص يهدف إلى تقدم المعرفة في أي مجال من الإستفسار عليه أن يفهم كل شيء معروف من قبل عن المجال ويتحرك بعد المعرفة المؤسسة لمساهمة أصيلة. ويتطلب هذا عادة درجة من التخصص غير مقبولة في تعليم الممارسين .

والتذكر الثاني هو أن المشاكل التي يقابلها الطلاب في مدرسة الخريجين لابد أنها تشبه المشاكل التي سيقابلونها في الحياة المهنية إذا كان علينا أن نعظم تحويل المهارات التي يتعلمها الطلاب في التدريب إلى المحيطات العملية التي سيعملون فيها فيما بعد. وينطبق هذا بالنسبة للخبرة الإكلينيكية. ويحتاج الممارسون إلى تعلم إستراتيجيات معممة خاصة بالتفسير الذي يناسب أنواع الحالات التي يحتمل أن يواجهوها في الممارسة. ويجب أن تمثل الأطروحة والتدريبات الفاحصة بيئة الموضوعات التي يحتمل أن يواجهها ممارسو المهنة في حياتهم اليومية .

والتذكر الثالث هو أن المنهج المهني يجب أن يكون صارماً. فالتعليم من أجل الممارسة ليس أسهل من التعليم من أجل البحث.ففي نواح معينة يكون أكثر صعوبة. والمهنيون يجب أن يتقنوا المعرفة على مدى أوسع مما يفعل

العلماء، كما يجب أن يتعلموا مهارات التقييم والتدخل بممارسة طويلة تحت إشراف دقيق. والتحديات التى يواجهها الممارسون كثيرة المطالب كتلك الخاصة بالعلم، والاستعداد التعليمى لتحقيق تلك التحديات لابد أن يكون كثير المطالب تماماً مثل هذه أو أكثر .

والتذكر الرابع هو أن تقويم وتحسين المناهج هو مسئولية لانهاية لها إطلاقاً بالنسبة لمعلمى الأخصائيين النفسيين المهنيين. ومع روجرز بترسون R. Peterson كأول ناشر، تم إعداد تقريرين ملخصين لنموذج المجلس القومى لمدارس وبرامج علم النفس (NCSPP) الخاص بالتعليم والممارسة فى علم النفس. وهذا العمل هو نتاج مؤتمرات عديدة وساعات عمل لاتحصى بواسطة المؤسسات الأعضاء فى المجلس. وفى رأيى، أنه أقوى تقرير حتى اليوم عن المعايير بالنسبة لتعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين. ولكنى لست راضياً تماماً عن المنهج المذيل بشكل لاإرادى كما يحتل موقعاً فى الوقت الحالى، وأمل أن لايرضا عنه أى شخص آخر. وهدفنا هنا هو تعليم الأخصائيين النفسيين أفضل شىء يحتاجون إلى معرفته لممارسة علم النفس بفاعلية بقية حياتهم. وكما تؤدى عملياتنا التعليمية اليوم، فإننا بوضوح لانفعل كما يجب علينا فى هذا الصدد .

ولابد أن يكون واضحاً أننا يجب أن نعلم طلابنا طرق العلاج التى قد كانت فاعليتها موثقة تماماً بأبحاث ذات نتائج حاسمة. ومع ذلك، فإن تأثير المهمة على تعزيز وإنتشار الإجراءات النفسية (قسم علم النفس الإكلينيكى فى الرابطة الأمريكية لعلم النفس APA ١٩٩٥) قد بين أن جزءاً وحيداً من طلاب خريجين فى علم النفس الإكلينيكى هم المتدربين حالياً فى إستخدام هذه الإجراءات. ونحن نحتاج إلى تغيير ذلك بأسرع مايمكن، بالرغم من قصورنا

الذاتي على أية مقاومة أيديولوجية قد نواجهها، ورغم ما قد تكلفه. وبعد ذلك كتقدير إنعكاسي يستمر، فإننا سنجد شيئاً ما آخر يتغير. والعملية لن تنتهي على الإطلاق .

## ٣- كلية منتجة متنوعة ذات خبرة :

## An Experienced, Diverse, Productive Faculty

يجب أن يكون أعضاء الكلية ماهرين في الممارسات التي يتعلموها. فإذا دخلت من أجل عملية جراحية، فإني أريد أن يكون الجراح الذي يستخدم المشرط ببراعة قد دُرب بواسطة شخص ماقد قام بقدر كبير من الممارسة أيضاً. أريد شخصاً ما قد واجه وتغلب على المشاكل الشائعة التي تنشأ في نوع أوجاعي وإبتكر جوانباً خلاقة لإدارة أي تحديات خاصة قد تمثلها حالتي. ولاأهتم كثيراً إذا كان قد كتب في أي وقت مقالاً في مجلة علمية. أريد أن يعرف جراحي أين يقطع، وكيف يقطع، وكيف يستأثرني بحبه مرة ثانية، وأريد أن يعرف مُعلم طبيبي نفس الشيء. وعلى نحو مقارن أريد أن أطمئن بأن أي شخص أراه للعلاج النفسي أو الاستشارة المنظمة له تاريخ مقنع من الخبرة الناجحة، وسوف أراهن معظم الناقدين الذين يجادلون بأن التدريب والخبرة لايهمان في تعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين في البحث عن نفس الصفات من أجل فهم أنفسهم أو الأشخاص الذين يحبونهم، ويجب تعليم الممارسة بواسطة ممارسين ماهرين. وإذا لم يكن أن يستأجروا كلية يمكن توليتها لأنهم لم ينشروا أي بحث، فإنهم يحتاجوا أن يُستأجروا كقدرة إضافية ويعطوا دوراً شرفياً في شئون الكلية .

ويتطلب بلوغ الشمولية الأساسية للتعلم المهني تنوعاً واسعاً وسط الكلية، ليس فقط في النوع والعرقية ولكن في التوجه التصوري والمعرفة الأساسية

والخبرة المهنية. ويعني هذا أن الكليات الخاصة بالمدارس المهنية يجب إما أن تكون كبيرة أو متعددة المهارات بشكل غير شائع حيث لايمكن أن تقوم الإدارات الصغيرة بمثل هذا العمل. وفي تحويل برامج الماجستير إلى برامج الدكتوراه في علم النفس فإن بعض المخططين قد يغريهم أن يقدموا فقط التدريب الإكلينيكي المحدود والمقدم في معظم برامج الدكتوراه والموجهة بثقل نحو البحث وتقديم أطروحتهم بشكل رئيسي بإخراج متطلبات البحث. وبإضافة إثنين من الأعضاء الجدد إلى هيئة من خمسة أشخاص، تقدم وقتاً واسعاً لواحد من أولئك لإدارة عيادة وإضافة سكرتيرة أخرى نصف الوقت قد يسمح بعملية قانونية لبرنامج درجة الأخصائي النفسي وجذب بعض الطلاب، ولكنها لن تقدم أفضل تعليم مهني يمكن أن يقدم فرعنا من المعرفة .

والكلية على نحو جمعي يجب أن لاتكون ذات خبرة وتنوع فقط، بل يجب أن تكون أيضاً منتجة. ولأتمسك بالمتطلبات العالمية تقريباً اليوم بين الإدارات الأكاديمية ذات الهيبة العالمية التي أعرفها، ويجب أن يكون كل عضو هيئة نشطاً، وباحثاً مجنداً بمنحه ناشراً لنسبة مرتفعة من المقالات في المجلات الرئيسية نسبياً. ومع ذلك، فإني أعتقد أن كل مدرسة مهنية من الدرجة الأولى يجب أن تشمل بين هيئتها فريقاً مرئياً نشيطاً من أكاديميين نشيطين. وفي علم النفس كما في الطب والقانون والهندسة والصيدلة وكل مهنة أخرى، فإن أفضل المدارس المهنية التي تكون نابعة بشكل جيد من إستفسار وابتداع حاسمين. ويحتاج بعض الاختلاف إلى أن تكون قائدة للميدان في تخصصاتها. وبدون هذا التنشيط والاستثارة، فإن المدارس تركد عقلياً وتتوقف أجلاً أو عاجلاً عن أن تكون مدارساً مهنية على الإطلاق. إنها تصبح مدارساً حرفية تخرج فنيين.

وفى المؤسسات التى فيها إنتاجية أبحاث ضخمة ليست مؤهلة ضرورياً للاستخدام، فإن القياسات الإدارية الخاصة تحتاج إلى تشجيع مشروع أكاديمى بين الفريق. وقد أسست بعض المؤسسات الأعضاء فى المجلس القومى لمدارس وبرامج علم النفس (NCSPP) مركزاً للبحث فى عملية ونتيجة الممارسة نفسها وفى العدد الضخم الواسع غير المروض من المشاكل الإنسانية التى يواجهها الممارسون كل يوم ولكن لايتاح عنها سوى معرفة قليلة. ويتجنب باحثو العلوم الكبار كثيراً من هذه المشاكل، إلى حد كبير لأنهم لايخولون مستويات الضبط والدقة المطلوبة بواسطة معظم وكالات المنح الرئيسية. وفى المدارس المهنية تكون الفرص مفتوحة على نطاق واسع ليس فقط من الأشكال التقليدية للبحث التطبيقى ولكن للعمل الاستكشافى لأنواع كثيرة للتحليل المنهجى والنظرى، ودراسات مكررة لحالات، ودراسات ميدانية ومسحية وشبه تجريبية، لاستفسارات معرفية على مدى السلسلة الكاملة لمحاور أكاديمية يجب أن تعتبر فى مهنة شاملة. وفى المؤسسات التى لاتكون فيها تقاليد البحث مؤسسة من قبل على نحو جيد، ومع ذلك، فإن المدارس نفسها يجب أن تخترع طرقاً خلاقة لتقديم الدعائم الضرورية .

## ٤ - طلاب ذوو عقلية حادة ومقدمو الرعاية وأذكياء :

## Intelligent, Caring, Tough - Minded Students

إن الممارسين الذين يسعون بنشاط لتحقيق معظم الاحتياجات الضاغطة لمجتمعاتهم لايعرفون بدقة إطلاقاً ماهى أنواع المشاكل التى سوف يواجهونها فيما بعد - فإذا كان عليهم أن يديروا كل مشكلة بإحساس، فيجب عليهم فى الغالب أن يحضروا نواح وثيقة الصلة بمعلومات معقدة معاً بطرق روائية ويكيفوا المعرفة بمرونة للمواقف المعقدة ودائمة التغير التى يواجهونها.

على سبيل المثال، أن الذكاء المتوسط أو البسيط لايكفى لتحقيق التحدى. وقد أوضح ماين وزملاؤه (Mayne et al., 1994) أن مستوى مرتفعاً جداً من الذكاء المرن يكون مطلوباً من أجل أداء فعال فى ممارسة علم النفس. وأن السماح بأى شيء أقل بين ممارسينا سوف يكون معرضاً للخطر .

والمطالب الانفعالية للممارسة شديدة. وبالتحديد، يكون مرضى إكلينيكيون كثيرون فى حالة صعبة إجتماعياً، ويكون البعض مهانين للغاية، ويكون قليلون خطرين. وأى ممارس يضطلع بعمل خاص بتغير تنظيمى أو مجتمعى سيقابل بالضرورة مطالباً صراعية أو إحباطات سياسية ترهق الروح. وللحياة مع الشكوك والمكاره التى هى جزء من الحياة المهنية اليومية، ولعمل أفضل مايستطيعه الفرد، ولأخذ الرضا فى العلاقات المكونة، والرضا الذى يكتسب عن طريق الممارسة، فكل هذا يتطلب مجموعة خاصة من الاهتمامات والقيم والصفات الشخصية .

وحتى الآن تراكمت كتابات كثيرة عن سمات الشخصية ونماذج الاهتمامات والأساليب المعرفية للأخصائيين النفسيين. ومع إتساق مؤثر، تبين الدراسات أن مجموعات من الاهتمامات المهنية، والنزعة الانفعالية، والأسلوب المعرفى المعروضة بواسطة باحثين وممارسين فى علم النفس تكون مختلفة (Frank, 1984) . وتنطبق النماذج على التمييز بين العلماء والإنسانيين الذى قد كان مدركاً فى صورة أو أخرى منذ زمن أرسطو على الأقل، وتم تبسيطها بواسطة سنو (Snow, 1959) وطُبقت على ثقافات البحث والممارسة فى علم النفس بواسطة كيمبل (Kimble, 1984). والمجموعتان غير مرتبطتين بشكل إيجابى. بدلاً من ذلك، مرتبطتان بشكل سلبى أو متعامد إحصائياً. والعلماء قد يمارسون، والممارسون قد يبحثون، ولكن تكريساً دائماً لحياة عملية على

نحو أكثر شيوعاً يتطلب إختياراً سائداً للممارسة أو البحث. فبالنسبة للطلاب الذين يدخلون الميدان يكون الاختيار الأكثر إحتمالاً فطرياً وأكثر نفعاً إلى أقصى حد للجمهور إذا كان متناسقاً مع الميول السابقة للطلاب .

وبالرغم من أن الإهتمام الإنسانى برفاهة الآخرين يرتبط بشكل متكرر بتحررية غامضة كإتجاه إجتماعي، فليس من الضرورى أن يكون الأخصائيون النفسيون المهنيون مشوشي الذهن في ممارسة فرعهم من المعرفة. حقاً من المهم بصفة خاصة للممارسين أن يكونوا ناقدين بحسم في إعتبارهم لإجراءات جديدة إذا كان عليهم أن يتحاشوا البدع الأيديولوجية Idological - Fads والأشكال الفنية التى تكتسح باستمرار خلال الميدان. ولحسن الحظ، فإن المهارات التحليلية المطلوبة من أجل مقارنة عميقة التفكير للمفاهيم البديلة والتقويم الناقد للبحث يمكن تعلمها. والقدرات العقلية الأساسية لايمكن، مع ذلك، أن تتحقق داخل عقول متبلدة الحس بأى وسيلة معروفة. ومن خبرتى، عند محاولة إثارة عاطفة من أجل البحث لدى أى شخص تكمن أقوى إهتماماته فى تحديات الممارسة أو محاولة تقطير فى باحث لامع ولكن برعاية الناس الآخرين بما تتطلبه تلك المهنة فإنها تكون لاطائل من ورائها. وبدلاً من الاستمرار فى تدريب الخريجين لتحويل الناس من نموذج مزاجى إلى آخر، فإنه من الأفضل البدء من الدخول مع الطلاب الذين تكون قلوبهم فى المكان الصحيح والأذكياء بشدة والمهتمين من البداية بنوع العمل الذى سيقومون به بقية حياتهم .

ولايستطيع أى شخص الادعاء بأنه يعرف بدقة كيفية إجراء العمليات التنبؤية التى يحتاج إليها لجلب أفضل المارسين إلى دراسة عالية، مع أنه من المعقول الزعم بأن القرارات بالنسبة للدخول لابد أن تقوم على فحص دقيق لسجلات الأداء الأكاديمى ودرجات الإختبارات وكذلك السلوك فى المقابلات

والمواقف المتعلقة بالعمل. وعندما يكون مجموع المتقدمين المؤهلين أكاديمياً كبيراً، وتعطى الكلية الوقت والانتباه المحتاجين لإنتقاء الطلاب بحذر بقدر مايمكن أن يتدبروا، فإن معدلات الإنتباه خلال الدراسة العليا تقع بالقرب من الصفر. إننى أعتبره من المحتمل ديمجرافياً يكون كثيراً من الناس الذين يتقدمون للدخول لبرامج الدكتوراه فى علم النفس المهنى مؤهلين على نحو سيء لمهن نافعة فى الميدان، وهكذا فإنى أشك مباشرة فى أى برنامج يعتمد جزءاً مرتفعاً من المتقدمين إليه - ففى إعتماد الطلاب لدراسة عليا، نحتاج إلى أن نفحص بحذر الشروط التى تهتم إلى أبعد حد فى العمل المهنى، وإستخدام إجراءات التقويم الاكثر فاعلية التى يمكن أن نستنبطها، وأن نكون إنتقائيين بشدة فى إختياراتنا .

## ٥ - مؤسسات ملائمة: An Appropriate Organization

لمدة عشرين سنة تقريباً بعد مؤتمر بولدر Boulder Conference الخاص بالتدريب فى علم النفس الإكلينيكى (Raimy, 1950) قد كان هناك نوع واحد فقط من التنظيم متاحاً للتعليم الخاص بالدكتوراه فى علم النفس المهنى - فأى شخص رغب فى دخول الميدان فى حالة إمتياز كامل كان عليه أن يحضر برناج درجة الدكتوراه PHD لعالم - ممارس فى قسم لعلم النفس الاكاديمى. واليوم، توجد عشرة أنواع على الأقل من المؤسسات فى عمل، كلها تدرب الناس لحياة عملية فى علم النفس المهنى، وبالإضافة إلى برامج درجة الدكتوراه القائمة على أقسام، فإن الطلاب قد يدخلون برامج الممارسين فى نطاق أقسام علم النفس بالجامعات (على سبيل المثال، برنامج درجة الأخصائى النفسى Psy D فى جامعة بايلور)، ومدارس مهنية بالجامعات

(على سبيل المثال، مدرسة علم النفس المهني في جامعة ولاية رايت)، والبرامج الإكلينيكية في مدارس مستقلة للخريجين مرتبطة بمنظمة تعليمية أكبر (على سبيل المثال، مدرسة ماساتشو سيتس لعلم النفس المهني)، وأقسام علم النفس المهني (على سبيل المثال، قسم علم النفس الإكلينيكي بجامعة فلوريدا)، وبرامج في مدارس طبية (على سبيل المثال، قسم علم النفس في المدرسة الطبية بجامعة نورث ويسترن)، ومدارس علم النفس المهني في نطاق مؤسسات لاهوتية (على سبيل المثال، مدرسة علم النفس للخريجين في نطاق المعهد اللاهوتي الأكمل)، وتنظيمات إتحادية تتضمن مؤسسات عديدة خاصة بتعليم أعلى (على سبيل المثال، إتحاد جامعة دومينيون القديمة وكلية وليام وماري، ومدرسة طب فيرجينيا الشرقية وجامعة ولاية نورفولك في فيرجينيا)، وبرامج الدرجات الخارجية (على سبيل المثال، برنامج درجة أخصائي نفسي Psy D بمعهد فيلدينج) .

وقد أنشأ كل نوع من المؤسسات لمجموعة خاصة من الأسباب ويبين الملامح التي تميزه عن المؤسسات الأخرى. وإذا سلمنا بالمطالب المتنوعة لمجتمعنا، فإن تعقيد فرعنا من المعرفة، وإحتياجات الطلاب المختلفة، والبناءات المتعددة للتعليم المهني في علم النفس يحتمل أن تستمر. ومع ذلك، فإن معظم الطلاب الذين يصبحون أخصائيين نفسيين مهنيين اليوم يتلقون تعليمهم من واحدة من ثلاث منظمات – أعني برامج في نطاق أقسام أكاديمية، ومدارس مهنية ذات منزلة حرة بحكم القانون، ومدارس مهنية مؤسسة بالجماعات. وتشترك أشكال المنظمات الثلاث في هدف أساسي – التعليم للممارسة في علم النفس – ولكنها تختلف تماماً من الناحية البنائية، وبصفة خاصة بالنسبة للدعائم التي تحافظ عليها ووكالات التحكم السائدة .

## برامج الأقسام :

تنظم برامج إكلينيكيـة فى أقسـام أكـاديميـة متـوازية مع برامج أخـرى للخريجين، فى علم النفس التجريبى، وعلم النفس الإجتماعى، والنمو الإنسانى، ومجالات أخرى. ويتوازى القسم بدوره إدارياً مع أقسام أخرى فى نطاق كلية متميزة، عادة كلية علوم أو آداب. ولأن كل البرامج المهنية فى علم النفس هى فى مسـتـويات الدراسـات العليـا، فـإن البـرنامج يقع نمطياً تحت سلطة كليـة دراسات عليا لجامعة واسعة النطاق. ويأتى الدعم المالى للبرنامج، والضوابط على أقصى مدى من أعلى. وإذا أراد مدير برنامج إكلينيكى فى قسم إكلينيكى أن يُنشأ منهجاً جديداً أو يجند أعضاء كلية جدد، فـلابد أن تكون له سلطة رئيس القسم. وإذا كانت الأهمية بالنسبة لبقية القسم مستلزمة، فكما هو الحال حينمـا يجب تقـسـيم مـوارد مـحـدودة بين برامج عـديدة، فـإن المدير يجب أن يحصل كذلك على قـرار لجنة إستشارية أو تنفيذية تمثل البرامج الأخـرى فى القسم. وضبط الجودة على نطاق الجامعة يُمارس أساساً بواسطة سياسات وإجراءات بالنسبة لمنح الدرجات، وحيثما تُمنح درجة الدكتوراه، فإن كثيراً من تلك الشروط تركز على الأطروحة والقواعد بالنسبة للموافقة على الأطروحة، وعادة تتعهد كلية دراسات عليا بمنح الدرجة .

وسمات هذه المؤسسة عديدة وأساسية، ويشترك البرنامج فى موارد الجامعة. ويأتى حجم المساعدة المالية إما مخصص تشريعى من نقود الضرائب فى الجامعات العامة أو عوائد المنحة فى الجامعات الخاصة. وأقل من النصف، حوالى ٤٠٪ فى معظم جامعات الولايات المتحدة تُحصل من رسوم تعليم الطلاب. وتكون المرافق العامة للجامعة– التى تشمل مثل هذه العمليات الفيزيقية، والمكتبات – متاحة على نحو مباشر. والفريق الرئيسى موجود بشكل

ثابت مثل الأساتذة المتولين لمناصب فى نطاق مجتمع الجامعة. ولأن الدرجة تحمل اسم الجامعة، فإن بعض معايير الجودة تكون أكثر عمومية من تلك الخاصة بالبرنامج نفسه وتكون مفروضة بالضرورة. وفى معظم الجامعات ذات الهيبة، فإن المنحة الفعالة تكون مؤكدة، والمعايير صارمة، والضغوط نحو أداء الجودة المرتفعة تكون قوية .

وتتجه كل هذه الشروط إلى تعليم أكاديميين منتجين، وإنه هذا هو الهدف الذى تحاول برامج درجة الدكتوراه المؤسسة على الأقسام تحقيقه بشكل جيد. وكمنظمات لتعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين، فإن البرامج التابعة للأقسام تترك الكثير الذى يكون مرغوباً فيه. والمشكلة الأكثر خطورة مع الأقسام الأكاديمية كمنظمات لتعليم ممارسين فى علم النفس هى أن معظمها مكرسة على نحو سائد لأهداف العلم أكثر منها لأهداف خدمة مهنية. كما أن معظم الجامعات الخاصة ذات الهيبة العالية ليس لديها برامج علم نفس مهنى على الإطلاق .

وتأكيد البحث في برامج العالم – المماس الخاصة بمعظم الجامعات العامة الكبيرة يكون تقريباً قويا كما هو فى معظم الجامعات الخاصة المحترمة. وكثير من البرامج فى جامعات الولايات المتحدة تزعم أنها متوازية فى تأكيداتها على البحث والممارسة، وبعضها قد يكون كذلك. وفى الرتب الأعلى من جامعات البحث الأمريكية، يجند، مع ذلك، أعضاء الكليات أساساً لمؤهلاتهم فى البحث، وتقوم الترقيات أساساً على مساهمات أكاديمية. وتسير فى نفس الطريق الحوافز والتقويمات التى توجه مهن الطلاب. ونادراً ماترى نماذج الأدوار المرئية والمحترمة لممارسة علم النفس داخل الكلية .

## المدارس المهنية المستقلة ذات الهيبة :

تتجنب المدارس المهنية المستقلة التأكيد الإستنتاجي على البحث والتشويه المتلازم للممارسة بوضع أنفسهم خارج الجامعات تماماً. وفى المدارس المهنية المستقلة، يمكن لقيم الخدمة المهنية أن تتأكد بدون مساعدة القيم الخاصة بالبحث. ويمكن تجنيد أعضاء الكلية ومكافآتهم لمساهماتهم فى أهداف التعليم المهنى وفى الممارسة نفسها. والمنهج الذى يعكس مطالب المهنة يمكن أن يشيد بخسارة مقبولة للحرية الأكاديمية التي يتطلبها العلم ولكن مع الوعد بأن الخريجين سوف يعرفون مايحتاج الأخصائيون النفسيون المهنيون أن يعرفوه. والمدرسة المؤسسة على نحو تعبيرى لتعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين الخالية من كل من التناقضات الموروثة والضغوط غير الملائمة والقيود المحدودة لثقافة درجة الدكتوراه يمكن من حيث المبدأ أن تفعل عملاً ممتازاً للممارسين المتعلمين .

ومع ذلك، فإن المدارس المستقلة ذات الهيبة تعانى من بعض العيوب العملية عند مقارنتها بمؤسسات بديلة لتعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين. وبعض القصور الأكثر خطورة يكون إقتصادياً. ولست متأكداً تماماً من قيمة تكلفة تعليم الأخصائى النفسى المهنى فى مستوى خاص بالدكتوراه، ولكنى متأكداً أن التكلفة عالية. وبصفة عامة، يُحتمل أن تقدم البرامج ذات التمويل الجيد تعليماً أفضل من البرامج ذات التمويل السىء. ولايستطيع أحد أن يزعم بشكل معقول إرتباطاً كاملاً بين كمية المال المستثمرة فى التعليم وجودة التعليم الذى يتلقاه الطلاب. ولكن لايستطيع أحد أن ينكر بشكل معقول المطابقة بين المساندة المالية التى تطوق العمليات التعليمية ومستوى الامتياز الذى يمكن أن تحققه البرامج.

واليوم تحصل معظم المدارس المهنية المستقلة ذات الهيبة على أكثر من ٩٠٪ من دخولها - وبعضها أقرب إلى ٩٨٪- من مصروفات تعليم الطلاب. وإذا كانت تكاليف تعليم الخريجين فى علم النفس المهنى مرتفعة كما تبدو، وإذا إستمرت المدارس معتمدة إقتصادياً على مصروفات تعليم الطلاب مثلما تكون معظمها الآن، فإن حلين فقط لمشكلة المساندة المالية يكونا واضحين. فإما أن يتحمل الطلاب أسعار عالية جداً وإما تخفض جودة التعليم. وإذا كانت معدلات مصروفات الطلاب مرتفعة جداً، فإن كثيراً من الطلاب الذين يستطيعون أن يقدموا أكثر المنافع الحيوية لمجتمعنا سيكونوا مستثنين من المهنة. وإذا إنخفضت التكاليف، فإن جودة التعليم سوف تنخفض. ولست أعرف ماهو الطالب الكفء إلى أدنى حد أنسبه للكلية، ولكنى أظن أنه من الأمان الزعم بارتباط موجب مرتفع بين النسب الصغيرة وجودة التعليم، بمعنى أنه كلما كان عدد الطلاب الذى يشرف عليهم الأستاذ قليلاً كلما زادت جودة تعليمهم .

ومن الجدير بالذكر، أنه فى المدارس المستقلة، نجد أنه بمجرد أن يدخل الطلاب المدرسة، فإنهم يكتسبون صوتاً فى سياسات وإجراءات تقويم الأداء، إننى لم أقابل طالباً على الإطلاق منكباً على التخرج من برنامج سيء. وهكذا، فإن إنغماس الطلاب فى هذا النوع يعمل عادة على نفع كل من هو مهتم. ومع ذلك، فإن المدارس المعتمدة كلية أو أساساً على مصروفات الطلاب للاستمرار مالياً تكون مستهدفة بصفة خاصة لمشاكل ضبط الجودة. إنه من الصعب طرد صاحب العمل الذى يعمل عند شخص ما .

**المدارس المهنية المؤسسة ضمن الجامعة :**

إن النوع الرئيسي الثالث من المؤسسات بالنسبة لتعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين هو المدرسة المهنية المؤسسة داخل الجامعة. ولأن هذه المدرسة مؤسسة في توازٍ مع مدارس دراسات عليا ومهنية، فإن خط المساندة والضبط بين المدرسة والإدارة المركزية للجامعة يكون مباشراً وغير معاق. ويجعل هذا فرقاً أدائياً ضخماً في الطريق الذي تعمل فيه المدرسة مقارنة ببرنامج يتبع قسماً ما.

وحينما تُمنح الدرجة المهنية، فإن المدرسة نفسها هي وحدة منح الدرجة. ولذلك يمكن للمدرسة نفسها أن تمارس ضبط التأثير على السياسات والإجراءات بالنسبة لمنح الدرجة. وهذه هي إحدى السمات المؤسساتية الرئيسية الخاصة بدرجة الأخصائي النفسي فضلاً عن درجة الدكتوراه في تعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين. وفي معظم جامعات البحث الأمريكية، فإن السياسات بالنسبة لمنح درجة الدكتوراه يتم ضبطها بكلية دراسات عليا تتبع خطوطاً إرشادية مؤسسة بواسطة مثل هذه الوكالات كمجلس مدارس دراسات عليا في الولايات المتحدة. وقد أصبحت هذه السياسات متسقة وصارمة بشكل متزايد في السنوات الحديثة. ويجب أن تمنح درجة الدكتوراه لمساهمة أكاديمية في المعرفة، وليس لأي غرض آخر .

والمدرسة المهنية المؤسسة بوضوح لتحقيق أهداف التعليم المهني في نطاق جامعة كبرى لها كل مميزات المساندة والمحافظة على جودة البرامج في أقسام أكاديمية ومميزات أخرى كذلك. وتؤهل الكلية وتشجع لعمل كل أنواع البحث التي تعمل في البرامج الإكلينيكية الخاصة بأفضل الأقسام، ولكن الطلاب والكلية أحرار كذلك في إرتياد سلسلة أوسع من المشاكل التي تواجه

الممارسين ولكنها تكون محاور غير آمنة بالنسبة لأطروحة درجة الدكتوراه أو برامج بحث لأساتذة شباب غير متولين المناصب. وتحتاج المدرسة المهنية بوضوح إلى مهنيين نشيطين للقيام بالتعليم. وبعض التقويم لعمل مهني لأعضاء كلية يعملون كل الوقت والانغماس لمهنيى المجتمع كأعضاء كلية يعملون بعض الوقت يمكن أن يبرز بطريقة مباشرة. ولنفس السبب على نحو الدقة فإن المدارس الطبية تحتاج إلى مركز نفسى نشط كوكالة للخدمة العامة والتعليم والبحث. والحاجة واضحة وطلب المساند يمكن أن يُبرر مع تأمين مرتفع وواضح. وإلى هذا الحد لم أر عيوباً فى المدارس ذات الأساس الجامعى .

٦ - كلية متكاملة للخدمة والبحث والتدريب :

An Integrated Service, Research, and Training Faculty

لاحظ جورج البى G.Albee بشكل متكرر أننا لانستطيع الاستمرار فى تدريب طلابنا فى دار الطب ونتوقع منهم أن يصبحوا أخصائيين نفسيين (Albee,1966 1970). كما أن العيادات النفسية المندمجة مع معظم برامج درجة الدكتوراه PHD فى علم النفس الإكلينيكى تكون أيضاً غير كافية بدرجة ١٠٠٪ فى تأسيس هويتنا المهنية وتحقيق الإحتياجات التعليمية لفرعنا فى المعرفة. تماماً كما تحتاج كل مدرسة طبية مستشفى تعليمى، فإن كل مدرسة خاصة بعلم النفس المهنى تحتاج إلى مركز نفسى ينضبط إدارياً بواسطة المدرسة، ويقدم سلسلة من الخدمات واسعة كالمجال نفسه، ويجرى البحوث لتحسين الخدمات، وتقديم محيط يستطيع فيه الطلاب أن ينموا مهارات خلال ملاحظة الفريق والممارسة تحت إشراف الفريق .

ويحتاج المركز إلى أن يكون أكبر بكثير وأن تكون سلسلة النشاطات أكثر تنوعاً مما يُرى عموماً فى العيادات النفسية الخاصة ببرامج عالم - ممارس التابعة للأقسام. وليس كل العمل المنفذ تحت رعاية المركز سوف يحتل مكاناً ضمن المرفق الذى يأويه - فكثير منه يجب أن ينفذ خلال الإندماج التعاونى مع وكالات أخرى فى المجتمع. كما أنه يقود الخدمة والبحث مع المدارس، والمستشفيات، ومراكز الصحة النفسية، والمرافق الإصلاحية، ومؤسسات الأعمال، والوكالات الأخرى التى تتضمن دائماً فريق وطلاب المدرسة. يمكن أن تُقدم خدمات ذات جودة عالية الجمهور بأتعاب منخفضة نسبياً وتزود المدرسة بمدخل للمجتمعات والمحيطات التى يمكن أن تكتسب فيها خبرة مهنية ضرورية ويمكن أن تجرى فيها أبحاث ميدانية نافعة. ويتم إدراك المركز بشكل ملائم كمؤسسة إدارية أكثر منه كمبنى، مع أن المبنى يُحتاج إليه أيضاً. ويجب أن يكون المرفق المادى كبيراً وجذاباً ومحدداً بشكل واضح مع المدرسة، ويُرى بواسطة الجمهور باعتباره المكان الذى يذهب إليه كلما طُلبت خدمات مهنية ذات الجودة الأعلى .

وإذا أديرت المراكز النفسية على نحو جيد وكانت الخدمات والأبحاث التى تقدمها ذات جودة عالية، فإنها تصبح ذات إكتفاء ذاتى من الناحية الإقتصادية وحتى تجنى أرباحاً. وعلى سبيل المثال، أنه فى عام ١٩٩٤ إلى ١٩٩٥ أدير بواسطة مركز راتجرس لعلم النفس التطبيقى "Rutegers Center for Applied Psychology" ٢٢ مشروعاً، يتضمن تقريباً جميع الطلاب فى المدرسة ويشرف عليها ١٥ عضواً فى الكلية. وكان الدخل الكلى من المشروعات والعقود والمنح أكثر بكثير من ١ مليون دولار. واستُخدم معظم المال لمساندة الطلاب ومرتبات الهيئة والمصاريف الإضافية للكلية رغم أن بعضه

إستُخدم لشراء المعدات وأحد المرافق التابعة. وبقيت آلاف قليلة من الدولارات فى الحساب فى نهاية السنة.

وننوه هنا إلى أن العوائد الرئيسية من مركز نفسى ما، ليست مالية. ومع ذلك، فالقيم الأساسية للمركز هى وظيفية ورمزية. فهى وظيفية حيث هناك حاجة للمراكز لتقديم الخدمة والبحث والتدريب التى يجب أن تقدمها المدارس المهنية. ورمزية حيث هناك حاجة للمراكز لتحديد الهوية المهنية لفرع المعرفة الخاص بنا .

## ٧ - وسائل فعالة لإعتماد الطلاب والتصديق على البرامج:

إن درجة الدكتوراه هى البطاقة الأكثر صلاحية بوضوح للدخول إلى مهنة علم النفس، ومقياس الدرجة هو الوسيلة الأكثر فعالية لتحسين جودة الممارسة النفسية. ولايستطيع ترخيص الولاية أن يؤكد الجودة العالية. ولتجنب التقاضى الخاص بقيد المهنة، فإن قوانين الترخيص تكتب لتسوية الخلافات الخاصة بالناس من خلفيات تعليمية متنوعة والذين يعملون بعض العمل الذى يفعله الأخصائيون النفسيون المهنيون فى أدنى مستوى إتقان مسموح به. ولاتسمح طبيعة مهنتنا ببناء إختبار معرفة مهنية مقارنة بامتحانات المهن فى القانون أو مجالس التخصص فى الطب. ولاأستطيع أن أتنبأ بوقت سوف تُستبدل فيه أى بطارية اختبارات متخيلة بملاحظة مباشرة وتقويم نقدى للأداء على مدى السلسلة الكاملة للنشاطات والمحيطات التى ينغمس فيها الأخصائيون النفسيون المهنيون. ولايقدم موقف ماعدا تدريب المتخرجين إقراراً خلقياً لأنواع الملاحظات التى نحتاج إلى إجراءها، والفرص والمصادر المحتاجة لتقويم أنواع كثيرة من الأداء عن طريق ملاحظين كثيرين فى مواقف كثيرة، والإلتزام بإعتماد تأهيلى إذا لم يُعرض أداء يبعث على الرضا .

وفي النهاية، نحن نحتاج الوسائل الأكثر فاعلية التي نستطيع إختراعها لتقويم وإعتماد البرامج المهنية. والتصديق لامحل له في العلم. فالعلم يطرز تصحيحاته الخاصة، والناس الأكثر إهتماماً بالشئون العلمية هم علماء آخرون قادرون بشكل كامل على تقويم المنتجات المتوالدة عن طريق زملائهم. وقد يتمتع العلماء بتكوين أكاديميات ممتازة يستطيعون أن يهنئوا بها أنفسهم لنقاواتها، ولكنهم لايحتاجون حماية ولاتدخلاً من وكالات إعتماد خارجية. وفي الحقيقة، إن السعي الحر للمعرفة ضروري للعلم ويتطلب علماء ليعارضوا المتطلبات والقيود الخاصة بالاعتماد المهني مع كل القوة بحوزتهم .

وتزعم مؤسسات التعليم أنها تؤهل المهنيين للممارسة العامة، ومع ذلك، فلابد أن تخضع برامجها لمراجعة تصديقية، ولاتحتاج المواصفات والمطالب والقيود الموروثة في الاعتماد أن تخنق الابتداع.إن كل المهن في تدفق مستمر. ويجب أن تسمح السياسات والإجراءات الخاصة بالتصديق بصور مؤسساتية متنوعة لتسهيل جماهير المنتجين الخصوصيين الذين نحتاجهم لخدمة وأخذ ميزة كلية خاصة بالمصادر المحلية. ويجب أن تشمل السياسات والإجراءات وسائلاً منهجية لتنقيح محتوى البرامج كتصورات جديدة وإجراءات معتمدة يتم تطويرها. وفي أي وقت معين، مع ذلك، فإن إهتمامات المهنة وكذلك الجمهور تخدم على أفضل وجه حينما يجب وصف كل برنامج بشكل محدد بقدر الإمكان، وتكون شروط الإعتماد محددة بوضوح بقدر مايمكن، وتكون المعايير مرتفعة بقدرماتسمح به المعرفة المتاحة .

وطوال مرحلته المهنية، فإن علم النفس المنظم قد قاوم كل تهديدات إعتماد البرامج بنجاح إلا أنه لم يوضع نظام إعتماد في مكانه، وبدأ الاعتماد حينما دفع بقوة رابطة علم النفس الأمريكية (APA) عن طريق إدارة المحاربين

القدماء كشرط لاستقبال تمويلات للتدريب. وقد إحتلت المراجعة الأولى للإعتماد مكاناً في عام ١٩٤٧. لقد كانت قائمة كلية على مسح المعلومات المقدمة بواسطة مؤسسات المتقدمين، وأنجزت بواسطة لجنة صغيرة من الأكاديميين. وقومت جميع البرامج في الدولة في يوم واحد. وتم إختيار ٢٩ من ٤٠ متقدماً .

ولقد تم التقدم كثيراً في النصف قرن التالي، فتدون رابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية «American Psychologist» ٣٠٠ برنامجاً معتمداً خاص بالدكتوراه، ٤٣٧ إقامة داخلية ، و ٢٢٤ بخصوص رابطة علم النفس الأمريكية (APA) الذين ساعدوا لجنة إعتماد ممتدة حديثاً بإجراء زيارات للمواقع وأداء نشاطات إعتمادية أخرى خلال السنة الأكاديمية ١٩٩٤ إلى ١٩٩٥. ولم يصبح نظام الاعتماد أكبر فحسب بل أصبح أكثر تنوعاً وأكثر تمثيلاً لجمهور المقيمين الذين لهم حصة في العملية. والتغيرات الأكثر حداثة في بناء ووظيفة نظام إعتماد الرابطة الأمريكية لعلم النفس تعد بترتيب المراجعة التي تكون في الحال أكثر وضوحاً وصرامة مما قد عرفنا دائماً. ويتعاون جميع الطلاب والمدارس والجمهور للاستفادة من هذه المتغيرات .

وعلى أحسن حال، فإن الاعتماد لايمكن أن يفعل أكثر من وضع حد أدنى لجودة البرامج. ويجب أن يتحرك علم النفس المهني في القرن الحادي والعشرين إلى مابعد الاستغراق في العلاج النفسي إلى منظومة خدمات في التعليم والرعاية الصحية وإدارة الأعمال والحكومة. وكل ميدان يخضع فيه البشر كأفراد وجماعات وأعضاء مؤسسات. وعملنا هو تقديم خدمات نفسية للجمهور بشكل فعال وبتكاليف معقولة. ولايمكننا أن نفعل هذا على نحو جيد إذا لم نهدف لمستوى أعلى من التفوق في تعليم الممارسين مما قد وصلنا إليه حتى هذا الحد .

وإذا كنا قد تناولنا أساسيات الجودة فى تعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين، فلا يجب أن نغفل كيفية تدريب المستخرجين الإكلينيكيين فى علم النفس، وهذا ماسوف نعرضه فى الجزئية اللاحقة.

## ثانياً: تدريب المتخرجين الإكلينيكيين فى علم النفس

خضع تدريب المتخرجين الإكلينيكيين فى علم النفس لتغيرات كثيرة خلال الخمسين سنة الماضية. فبعد الحرب العالمية الثانية، كانت توجد حاجة متزايدة للأخصائيين النفسيين المؤهلين لتغطية الحاجات الانفعالية والطبنفسية والطبية للهيئة العسكرية العائدة من الخارج فى الولايات المتحدة. واستجابت الجمعية النفسية الأمريكية (APA) بتطوير منهج رئيسى لتدريب الأخصائيين النفسيين. وفى عام ١٩٤٨، مُنح اعتماد لخمسة وثلاثين برنامج للدكتوراه، وفى عام ١٩٤٩، أعلن مؤتمر بولدر Boulder عن نموذج ممارس/ عالم Scientist - Practitional model باعتباره الهدف من التعليمات. وبالرغم من أن غالبية المؤسسات تستمر فى التمسك بنموذج «بولدر»، فإن مؤتمر فيل Vail عام ١٩٧٣ فضل نموذج ممارس/ طالب Scholar - Practitional Model ودعا لتأسيس مدارس مهنية ومنح درجة أخصائى نفسى (Psy. D.)، وقد يحصل الأخصائيون النفسيون المتقدمون على درجة الدكتوراه فى الفلسفة تخصص «علم النفس، أو التعليم» .

واستمر تدريب المتخرجين فى الارتقاء، وحديثاً نشرت الجمعية النفسية الأمريكية (APA) خطوطاً إرشادية جديدة لبرامج الدكتوراه فى علم النفس المهنى (American Psychological Assocition, 1996). وركزت الخطوط الإرشادية على كفاءة الطلاب، الذين يتطلبون برامج دكتوراه ومراكز داخلية

لتحديـــد المهارات التى أراد مدربوهم أن يظهروها قبل التخرج. واستلزم هـــذا الأمـــر تطوير طرق منهـجيـة تقـويميـة لتـأكيـد التناغم مع الخطوط الإرشادية المقبولة.

**الكفاءات : Competencies**

لتحقيق معايير الجمعية النفسية الأمريكية، فإن برامج التخرج تؤكد الكفاءات التى ترغب أن يظهرها طلابها. وتكون تلك الكفاءات قابلة للملاحظة، والقياس، والقدرة العملية، والمرونة (Stratford, 1994) ولنكون عمليين، فإن الكفاءة يجب أن تتكون من عدد من المهارات قابل للقياس. ولنكون مرنين، يجب أن يسمح للطلاب بمجموعة متنوعة من المجالات (على سبيل المثال، العلاج النفسى: سيكودينامى أو سلوكى، البحث: الكمى أو الكيفى) حتى يمكن أن تسير مع أحد المهام بطريقة تناسب العميل على أحسن وجه أو تتناول بفاعلية أعظم محو للبحث.

وتتحدد المهارات المتعلقة بالكلية الخاصة بالتدريب، وبعدها تطور طريقة قياس السلوكيات الرئيئة Target behaviors، ويبين هذا المجال أن معياراً أدنى يجب أن يُحدد، وبدونه لايعتبر الشخص كفؤاً (Fantuzzo, 1984). ويجب تقـييم السلوك قبل التدريب ويتبع بعـد ذلك بمجـموعـة متنوعـة من النشاطات التعليمية والتدريبية. واستخدام تقديمات Presentations مـن شرائط سمعية/ مرئية، وتغذية راجعة Feedback شفهية، بخصوص نقاط القصور فى مهارات معينة واقتراحات بالنسبة للعلاجات، قد يكون ذلك وسائل فعالة لتحسين المهارة، على سبيل المثال مقياس ويكسلر Wechsler Scale قد تتحقق باستخدام قائمة المراجعة التطبيقية لمقياس ويكسلر الثالث (Sattler & WAIS- III Ryan, 1999) وبمجرد أن يُظهر الطلاب كفاءة فى مجال معين،

فإنهم يجب أن يُظهروا تقديراً للقضايا القانونية والخلقية المتعلقة بممارسة البراعة .

## القضايا الارتقائية فى تقييم الكفاءة:

## Developmental Issues in Competency Assessment

يعتبر كثير من المعلمين (على سبيل المثال، Stoltenberg, 1981) أن اكتساب المهارات الخاصة بالعلاج النفسى وتقويمها يجب أن يتم من منظور ارتقائى. فيحتاج المبتدئون إلى معلومات بخصوص معرفتهم وفهمهم للمبادئ الأساسية. وهكذا، نجد أن مهارات مستوى الدخول يتم تقويمها على أحسن وجه من خلال استخدام الاختبارات (Chambers & Glassman, 1997) . ويمكن تقييم الطلاب الأكثر تقدماً من خلال المحاكاة وقد يستلزم هذا تقييماً لسعة معرفة الفرد وكذلك فى الأداء فى السيناريوهات التى تحاكى بشدة الممارسة الواقعية. ويجب أن تشمل طرق التدريب التعلم المبنى على المشكلة، والإشراف الوثيق بالممارسة، وكتابة اقتراحات البحث.

وعندما تسمح كفاءة الطلاب لهم بالأداء بشكل مستقل، فإن التقويم المباشر يكون مطلوباً، وقد يتضمن هذا دراسات بحثية، واستعراض سجلات، أو تقديمات حالة، ويجب أن يشمل تغطية مفصلة لقضايا أخلاقية متعلقة (Chambers & Glassmany, 1997). وقد يقيم المشرفون كيفية تكامل الطالب للعناصر الفردية مثل درجات الاختبار والمعالجة عموماً، وتقويم الكفاءة الخاصة بمهارات إدارة ممارسة الطالب، وقد يتم تقويم الكفاءة الأخيرة عن طريق انتقاء الحالة، والإعداد، والتوقيت المحدد للتقارير. وفى مجال حفظ

الوثائق والمستندات، تحدد الكلية الكفاءات، وتزود الطلاب بتعريف السلوكيات الدرينة، وتعطى أمثلة لكيف يمكن أن تظهر المهارات. ويطلب من الطلاب أن يجمعوا المادة التي توضح الكفاءة ويقدموها إلى الكلية .

**الهيئة الرئيسية للمعرفة: Core Body of Knowledge**

حددت الهيئة الرئيسية للمعرفة برامج المتخرجين لمحاولة تعلمها (Fox & Barclay, 1989) . وتشتمل معايير الجمعية النفسية الأمريكية (APA, 1996) عناصر المعرفة النفسية التي يجب أن يتعلمها الطلاب على نواحي السلوك البيولوجية، والمعرفية، والوجدانية، والاجتماعية. وتشمل الميادين الهامة الإضافية للدراسة تاريخ التقييم الميداني، والنفسي، وطرق البحث، والفروق الفردية، وأخلاقيات المهنة، والنمو الإنساني، والمرض النفسي، والتشخيص النفسي، والتدخل، والفروق الثقافية والاتجاهات التي تسهل حل المشكلة، والفحص الأكاديمي، والتعلم طويل المدى. وبدون هذه الخلفية الجوهرية، فمن غير المحتمل أن الكفاءة في الممارسة الإكلينيكية يمكن أن تتحقق .

وتأسيساً على قاعدة المعرفة النفسية القوية، فقد اقترح المجلس القومي للمدارس والبرامج في علم النفس المهني مجالات الكفاءة التالية والتي سوف نعرض لها بشكل موجز على النحو التالي :

**العلاقة: Relationship**

تشير العلاقة إلى القدرة على تنمية واستمرار علاقة عمل بنائية مع العملاء .

**التقييم: Assessment**

التقييم هو عملية مستمرة وتفاعلية وشاملة، تصلح للوصف والتصوير والتمييز والتنبؤ بأشكال خاصة بالعميل.

**التدخل: Intervention**

يشمل التدخل نشاطات تعزز وتؤيد أو تدعم الأداء الإيجابى والإحساس بالرفاهية لدى العملاء من خلال تقديم خدمات وقائية وارتقائية أو علاجية. ويكتسب مفهوم العلاجات الصادقة إمبريقياً القبول وقوة المهمة فى نطاق القسم الثانى عشر (الإكلينيكى) الخاص بالجمعية النفسية الأمريكية والتى نشرت بياناً خاصاً بمثل هذه التدخلات (Task Force, 1993) . وقد تعتبر المعرفة والمهارة المتعلقة بهذه العلاجات النوعية كعناصر فى كفاءات التدخل. وقد يكون التقنيات التعليمية مثل المجال البنائى، والإكلينيكى، وذو المراجعة/ الموضوعية، والقائم على المشكلة، والمتكامل، والمنظم (SXORPTO) الذى أوصى به هيل وزملاؤه (Hill et al., 1997) وسيلة بديلة لتقديم معلومات جديدة لتقييم قدرة الطالب على الاستفادة منه.

وقد تقسم كفاءات التدخل إلى تلك الخاصة بالفرد، والأزواج، والأسر، والجماعات، وكذلك الأطفال الصغار جداً، والأطفال الكبار، والمراهقين، والراشدين، وكبار السن. ويمكن أن تصنف طبقاً لتعقيد وحدة المشكلة التى تُقدم. ففى إحدى المستويات يكون المرضى من المصابين بالرهابات المحددة أو القلق الاجتماعى. وفى مستوى آخر للتعقيد يكون هناك أولئك ذوى التشخيصات المزدوجة Dual Diagnoses، كالذهان المزمن أو اضطرابات الشخصية الشديد .

**البحث: Research**

يتضمن البحث استفساراً منهجياً يركز على تحديد المشكلة والاكتساب، والتنظيم، وتفسير المعلومات المتعلقة بظاهرة نفسية. وبالإضافة إلى ذلك البحث

التقليدي، فإن تعليمات يجب أن تُعطى لتوضيح كيف يدحض توقع المجرب نتيجة فحص وكيفية استخدام متطوعين، (Cook & Campbell, 1979). ومحاور هامة أخرى بشكل كامن، تشمل دراسات كيفية، ومعدلات أساسية، وتنبؤ اكتواري مقابل إكلينيكي Actuarial versus Clinical Predection، واختبار الفروض الإكلينيكية .

**التعليم: Education**

يشير التعليم إلى زيادة المعرفة، والمهارات، والاتجاهات لدى المتعلم، سواء أكان طالباً، أو عميلاً، أو مهنياً حليفاً، أو مقدم رعاية أسرية .

**الإدارة: Management**

تشمل الإدارة النشاطات التي توجه وتنظم أو تضبط الخدمات التي يقدمها المعالجون النفسيون والمهنيون الآخرون أو ينقلوها إلى الجمهور .

**المهارات الإكلينيكية المتقدمة: Advanced Clinical Skills**

وهذه المهارات هي مجالات الخبرة المتمثلة بواسطة تخصصات مثل علم النفس العصبي Neuropsychology والممارسة الشرعية Forensic Practice .

**الأخلاقيات: Ethics**

تتضمن أخلاقيات المهنة اكتساب استراتيجيات لتناول الصراعات طبقاً لمبادئ أخلاقيات المهنة (على سبيل المثال، كيف يجب أن يتصرف الفرد في مواقف معينة) (Meara et al., 1996). وأخلاقيات الفضيلة Virteue ethics (تعليم المهنيين نحو أن يكونوا نمطاً معيناً من الشخص/ الكفء، والأمين.. إلخ) مقابل تدريبهم على كيف يؤدون مهنتهم في مواقف معينة .

**٤ - الاتجاهات:**

تشير الاتجاهات إلى تقدير وفهم الفروق الفردية، والتنوع الثقافي، والارتقاء المهني .

ويمكن تناول المجالات الجوهرية عن طريق التدريب والإشراف الداخلي، في حين أن جلسات الإشراف وتقديمات الحالة Case conferences قد تستخدم لإلقاء الضوء على القضايا الأخلاقية المتعلقة. وقد تتناول محيطات الحلقات الدراسية الخطوط الإرشادية الخاصة بالجمعية النفسية الأمريكية، وقوانين الولاية، وقرارات المحاكم. وبصرف النظر عن الطرق المستخدمة لتعليم أو تقييم الطلاب، فإن إثبات متطلبات الكفاءة هو إرتقاء يمثل نقطة تحول في تاريخ التدريب النفسي .

وإذا كنا قد ألقينا بعض الضوء على أساسيات تعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين وتدريبهم، إلا أننا يجب أن ننوه إلى الضغوط لدى الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، وهذا ماسوف نعرض له في المرحلة القادمة.

## ثالثاً: الضغوط لدى الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين

هذه القضية الخاصة هي تذكر وقتي لمجموعة متنامية من الأدلة التي تقترح أن الناس الذين يعملون في مهن الصحة العقلية لديهم استهدافات وضغوط خاصة. وإذا كان لمثل هذه الضغوط أن تتحسن، فإنه من المهم بوضوح فحص التشابهات منهجياً والفروق في مواجهة العوامل الضاغطة Stressors لدى مجموعات متنوعة من المهنيين في مجال الصحة العقلية. وإحدى المجموعات الصغيرة والمتجانسة نسبياً لمهنيي الصحة النفسية، هم

الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى بريطانيا، والتى لازالت تعمل بشكل سائد فى نطاق خدمة الصحة القومية National Health Service . وهكذا، ففى حين توجد تماثلات مع المجموعات المهنية المتضمنة فى العلاج النفسى فى القطاع الخاص وفى الأقطار الأخرى، فإنه يحتمل كذلك أن تكون خاضعة لكثير من الضغوط مثل مهنيى الصحة الآخرين العاملين فى خدمة الصحة القومية .

وقد استثير الاهتمام بالأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين من خلال الكتابات المزدهرة حول ضغوط المعالجين النفسيين (أنظر مثلاً: ;Guy 1987 Sussman, 1995; Brady et all, 1995) . وقد أجريت سلسلة من الدراسات الخاصة بالأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين (;Cushway, 1992 Cushway & Tyler, 1994)، وسوف نناقش نتائج تلك الدراسات لاحقاً. ولكن من الجدير بالملاحظ أن دراسات أمريكا الشمالية تميل إلى استخدام عينات مختلطة من المعالجين النفسيين والتى تشمل الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، والأطباء النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين الطبنفسيين Psychiatric Social workers ، والمرشدين، وقد ركزت الدراسات البريطانية بصفة عامة على مجموعة مهنية واحدة. ومع ذلك، يوجد تداخل كاف فى الضغوط التى يواجهها المعالجون النفسيون بالولايات المتحدة والأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون ببريطانيا بشكل يجعل المقارنات ذات معنى .

وفى هذا المجال، سوف نتناول أربعة أسئلة رئيسية، وتتمثل تلك الأسئلة فى الآتى:

١ - إلى أى مدى يصاب الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون بالضغط؟
٢ - من هم الأخصائيون النفسيون المصابون بالضغط إلى أقصى حد ؟
٣ - ماهى المصادر الرئيسية الخاصة بالضغط بالنسبة للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ؟

٤ - ماهى استراتيجيات المواجهة المستخدمة بواسطة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ؟

**إلى أي مدى يصاب الأخصائيون النفسيون بالأسى ؟**

تقترح المراجعات الحديثة بحدوث مرتفع للأمراض العقلية، وسوء إستخدام العقاقير والكحول، والجنس المفعل للخارج Sexual acting out، والانتحار بين المعالجين النفسيين فى الولايات المتحدة الأمريكية (Guy, 1987' Sussman, 1992, 1995) . ومن المهم بوضوح أن نحدد ماالمدى الذى يؤدى فيه الضغط إلى كرب نفسى Psychological distress لدى الفرد. ففى جميع الدراسات الخاصة بالأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، فإن نتيجة الصحة النفسية الخاصة بعملية الضغط قد تم قياسها بواسطة استبيان الصحة العامة الثامن والعشرين (GHQ-28) (Goldberg, 1978). وقد اختير هذا المقياس للدراسة الأولى الخاصة بالمتدربين فى علم النفس الإكلينيكى (Cushway, 1992) لأنه قد كان مستخدماً كمقياس للأسى فى دراسات مماثل أخرى خاصة بمهنيى الصحة وكذلك فى دراسات أخرى خاصة بالضغط المهنى. ولهذا فقد كان المقياس الأكثر ملائمة فى ذلك الوقت للمقارنة عبر المجتمعات، وإعتبر من المرغوب فيه الاستمرار بنفس المقياس فى الدراسات اللاحقة للمهنيين فى مجال الصحة (Dorongkamas et al., 1994; Tyler & Cushway, 1992, 1995) .

ولاستبيان الصحة العامة الثامن والعشرين مميزات عديدة أخرى. فإنه مصمم كأداة بحث، وقصير، وله أربعة مقاييس منفصلة ومحددة. كما أن له متوسط درجات، من الممكن الحصول منها على تقدير المرضية (الباثولوجية)، تعكس، طبقاً لكتيب التعليمات الخاص بهذا الاستبيان المفهوم الخاص بالاضطراب الإكلينيكى الدال تماماً.

ولسوء الحظ، فإنه من الصعب مقارنة مستويات الأسى الكلى للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين البريطانيين بكتابات الولايات المتحدة، حيث أن الدراسات الأمريكية لم تستفد بمقياس ذى نتائج مماثلة يمكن مقارنة المجتمعات الأخرى به .

وفى الدراسة المبدئية الخاصة بالمتدربين فى علم النفس الإكلينيكى، كان انتشار الأعراض النفسية المرضية فى استبيان الصحة العامة ٥٩٪، وهى نسبة مرتفعة بشكل جدير بالاعتبار عن ماكان مقرراً بالنسبة لمجموعات مقارنة أخرى فى التدريب (Cushway, 1992). وفى إحدى الدراسات عن الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين المؤهلين (Tyler & Cushway, 1994) كان ٢٩٫٤٪ من الأخصائيين النفسيين فوق الخط الفاصل للمرضية. وكان هذا مماثلاً جداً لمستوى مرضية ٣٠٪ تم الحصول عليه فى دراسة ممرضات مستشفى (Cushwasy & Tyler, 1992). وحينما وجه سؤالاً فحواه «إلى أى مدى تعتبر أنه قد كنت تعتبر تحت ضغط نتيجة لوظيفتك؟» فتم الحصول على نتائج مماثلة جداً من نتائج الدراسات الخاصة بالمتدربين والأخصائيين النفسيين المؤهلين من حيث أن الربع وصفوا أنفسهم باعتبارهم مضغوطين جداً، ونصف العينة وصفوا أنفسهم باعتبارهم مضغوطين بشكل متوسط (Cushway & Tyler, 1996).

### من هم الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الأكثر تعرضاً للضغط؟

#### النوع: Gender

بصفة عامة، تقرر النساء أنهن يخبرن أسى نفسى بمعدل أعلى من الرجال (Mellinger et al., 1978). وفيما يختص بهذا السبب، فحصت

دراسات عديدة فى الولايات المتحدة الأمريكية عينات من النساء اللاتى تعملن فى مجال العلاج النفسى (أنظر مثلاً: Norcross & Prochaska, 1988, b) الأسى واستراتيجيات التغير للأخصائيات النفسيات، والمرشدات، والنساء. وفى دراسة أخرى أجراها راميسون وجاى (Ramussen & Guy, 1989) عن المشاكل الخاصة بالمشاحنات المتعددة لدى معالجات نفسيات متزوجات.

وفى جميع الدراسات الخاصة بالأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين قررت النساء بصفة دائمة أسى نفسى أكثر الرجال. ولقد حصلن على أعلى من متوسط الدرجات الخاص باستبيان الصحة العامة. وأحد التفسيرات المقبولة لذلك هو أن النساء أكثر من الرجال فى التعبير عن الإنفعالات، ويقررن الأعراض بحرية ووضوح أكثر من الرجال .

وفى دراسة عن الأخصائى النفسى المؤهل، كما توصل كاشواى وتايلر (Cushway & Tyler, 1994) إلى أن النساء كن أقل احتمالاً بكثير من الرجال فى الحصول على رفيق وأطفال. ويعكس ذلك أن وجود صديق حميم - من الممكن شريك - قد يعمل كمخفف بين الضغط المتعلق بالعمل والضغط النفسى (Coben & Wills, 1985) وفى دراسة كاشواى وتايلر (١٩٩٤) المنوه عنها تواً، اتضح أن درجات المرضية للرجال تتناقص مع التدرج الوظيفى، فى حين أن درجات النساء لم تتناقص. وقد أرجع الباحثان هذا إلى أنه بالنسبة للنساء، فإن الخبرة المتزايدة (التى غالباً ماتُضاعف الأسى المتعلق بالعمل) تتغير فجأة من خلال ضغوط متزايدة ومسئوليات فى العمل وفى المنزل. ويمكن توقع أن النساء اللاتى تعانين من توتر ناتج من الدور المتعدد Multiple role سوف يخبرن أسى كبيراً. وهكذا يبدو أنه إذا ماخبر أن وجود شريك أو أسرة مدعمة أو مساندة، فإن ذلك يمكن أن يساعد كلاً من

الرجال والنساء على مواجهة الأسى المهنى، ومع ذلك، فقد يكون من الصعب لدى النساء - بصفة عامة - أن يستفدن من التدعيم حيث أنهن أكثر احتمالاً لأخذ مشاركة أعلى من المسئوليات المنزلية من الرجال.

## وضع المشاركة والمساندة الاجتماعية:

## Partnership status and social support :

لقد ألقى القسم السابق الضوء من قبل على العلاقة الغامضة بين المساندة الأسرية والاجتماعية وبين ضغط العمل. وقد مالت الكتابات المتخصصة إلى التركيز على التأثير السلبى الذى يمكن أن يسببه العمل فى مجال العلاج النفسى على الحياة الزوجية (Farber, 1985) ، وعلى العلاقات بين الوالد/ الطفل (Mader, 1989)، وعلى الصداقات والحياة الاجتماعية (Guy, 1987). ورغم ذلك، فإن الدراسات الخاصة فى هذا المجال، قد بينت أن انخفاض المساندة الأسرية أو الاجتماعية يتعلق مباشرة بالأسى النفسى. ففى دراسة أجريت على المتدربين، حصل أولئك الذين كانوا منفصلين أو مطلقين على درجات أعلى من المتوسط على استبيان الصحة العامة وكذلك على مقياسه الفرعى الخاص بالاكتئاب من المتدربين الذين كانوا إما عزاباً أو لهم شريك حياة .

وفى دراسة حديثة تم فحص العلاقة بين المقياس الخاص بالضغط ونظام المساندة الاجتماعية بطريقة أكثر منهجية. وتم قياس شكلين من المساندة الاجتماعية، هما: (١) عدد مصادر المساندة، (٢) جودة المساندة من مؤتمن حميم على الأسرار أو شريك. وقرر الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون الذين كانوا «حالات» جودة أقل من المساندة الاجتماعية. وكما هو متوقع، كانت

جودة المساندة الاجتماعية المقدمة بواسطة المؤتمن الأقرب على الأسرار وعدد المصادر المختلفة للمساندة مرتبطة إرتباطاً سالباً وبشكل جوهرى بمقياس الضغط لمهنيي الصحة النفسية. كما تبين أن أعلى الارتباطات السلبية كان بين مقياس العمل/ المنزل الفرعي فى مقياس الضغط لمهنيي الصحة النفسية وبين جودة المساندة الاجتماعية. (Cushway & Tyler, 1996).

**العمر / الخبرة: Age/ Experience**

اقترحت الدراسات الخاصة بالمعالجين النفسيين أن العمر والخبرة والحالات الخفيفة يقلل من الضغط المتعلق بالعمل (Hellman et al., 1987, Kwee, 1990) وقد تم تكرار هذه النتائج فى الدراسات الخاصة بالأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين. ففى دراسة أجراها كاشواى وتايلر (Cushway & Tyler, 1994) على الأخصائيين النفسيين المؤهلين، إتضح أن الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الأصغر سناً وكذلك الأقل خبرة كانوا أكثر احتمالاً لأن يكونوا حالات مرضية وفقاً لاستبيان الصحة العامة. وكانوا كذلك أكثر احتمالاً لأن يكونوا مضغوطين بأسى العملاء Client distress والشك الذاتى Self - doubt. فى حين أن أولئك الموجودين فى الصفوف الأعلى كانوا أكثر احتمالاً لأن يكونوا مضغوطين من خلال «الإشراف» Supervision الذى يمثل نسبة أكبر من شحنة العمل الخاصة بهم. وقد تساعد الخبرة المتزايدة فى تفسير النتيجة بأن الضغط من أسى العملاء يتناقص منهجياً فى الصفوف الأعلى وذلك لأن الأفراد فى الصفوف العليا يزداد اهتمامهم بالإدارة والمهام الإشرافية ويرون عملاء أقل .

وفى دراسة حديثة أجراها كاشواى وتايلر (Cushway & Tyler, 1997)، فقد قرر الأخصائيون النفسيون الأصغر سناً ضغوطاً كثيرة من صعوبات متعلقة بالعميل/ المريض فضلاً عن الشك الذاتى المهنى، كما كان لديهم متوسط درجات كبير على استبيان الصحة العامة، وكانوا أكثر احتمالاً لأن يكونوا «حالات».

وعند النظر عبر الدراسات، نجد أنه بالرغم من أن نسبة مماثلة من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين قرروا أنهم كانوا مضغوطين بشكل مرتفع، فإن المتدربين كانوا أكثر احتمالاً بكثير لأن يكونوا حالات مرضية وفقاً لاستبيان الصحة العامة. وأحد التفسيرات المقترحة لذلك هو أن مزيداً من الأخصائيين النفسيين ذوى الخبرة يحتمل أن يقرروا ضغطاً ولكن هذا الضغط يكون أقل إحتمالاً لأن يترجم إلى أسى نفسى لدى المجموعات المؤهلة Qualified groups.

## ما هى المصادر الرئيسية للضغط بالنسبة للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ؟

توجد كتابات عديدة حول الضغوط التى تواجه المعالجين النفسيين، التى استُعرضت حديثاً بواسطة برادى وزملائه (Brady et al., 1995). وتكون بعض الضواغط بالنسبة للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الذين يعملون فى مجال خدمة الصحة القومية (NHS) مماثلة لتلك الضواغط التى تواجه المهنيين الآخرين فى مجال الصحة. وتشمل تلك الضواغط: ضغط زيادة العملاء، ونقص المصادر، والصراعات فى العلاقات مع مهنيين آخرين، وسوء تنظيم الاتصال والإدارة (Cushway & Tyler, 1994). ويواجه أولئك

المعالجون النفسيون الذين يعملون في ممارسة خاصة ضواغطاً مختلفة نوعاً ما، تشمل: ضغوط الوقت، وعدم الأمان الاقتصادي، ونواح أخرى خاصة بالمهنة (Nash et al., 1984). كما يعاني أولئك الذين يعملون في ممارسة خاصة من العزلة الفيزيقية Physical isolation، رغم أن العزلة العقلية Mental isolation، والشعور بالوحدة Loneliness يمكن أن تكونا مشكلتان بالنسبة للمعالجين النفسيين في جميع المحيطات، ويبدو أنها ترجع إلى نواح معينة من العلاقة الخاصة بالعلاج النفسي، مثل المشاركة وإفشاء الأسرار الشخصية، والضبط والتوتر الانفعاليين، والمحافظة على السرية .

وقد وُجد أن أسى العملاء، وسلوكياتهم الصعبة هما بمثابة ضاغط هام بالنسبة للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين (Cushway & Tyler, 1994). ويبدو أن سلوك الانتحار والسلوكيات العدوانية والعنيفة للعملاء من أكثر الضغوط بالنسبة للأخصائي النفسي (Guy et al., 1991). ويوجد عامل آخر خاص بالضغط هو ذلك الخاص بالارتياب الذاتي أو عدم الثقة فيما يتعلق بقدراتنا الخاصة (Cushway, 1992).

ورغم ماتبين عن مصادر الضغوط لدى الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، إلا أنه ماتزال هناك عقبة رئيسية أمام الباحث الذي يرغب في فحص مصادر الضغوط لدى مهنيي الصحة النفسية، وتتمثل تلك العقبة في قصور مقياس الضغط المصمم لتحديد المشاكل التي تواجهها هذه الجماعات غير المتجانسة. فالمقاييس النوعية للمهن لايمكن أن تستخدم لمقارنة الضواغط التي تواجهها مجموعتان مختلفتان أو أكثر من مهنيي الصحة النفسية. وهكذا توجد حاجة إلى مقياس له سلسلة واسعة بشكل كاف من الاختبارات ليكون ملائماً لجموعات عديدة من مهنيي الصحة النفسية .

وقد اقترح كاشواي وتايلر (Cushway & Tyler, 1997) نموذجاً للضواغط التي تواجه المهنيين في مجال الصحة النفسية، وبصفة خاصة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين. وقد تضمن هذا النموذج سبعة عوامل مرتبطة. وتم تصميم مقياساً يشتمل على ٤٢ بنداً مختارة لصدقها الظاهري (صدق المحكمين) المرتفع وكذلك لتشبعاتها الجوهرية على العوامل في دراسات سابقة. وقد تم تطبيق المقياس على مجموعتين مختلفتين من مهني الصحة النفسية (الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين - ممرضات الصحة النفسية). وتتمثل العوامل السبعة الناتجة من التحليل العاملي الذي أجراه الباحثان، والتي فسرت ٥٥٪ من التباين الارتباطي في الآتي:

١ - الشك الذاتي المهني Professional self- doubt

٢ - صراع المنزل/ العمل Home work conflict

٣ - البناء والبناء التنظيمي Organisational Structure and precess

٤ - العلاقات والصراعات مع مهنيين آخرين Relationship and conflicts with other Professionals

٥ - ضغط العمل Workload

٦ - نقص المصادر Lack of resources

٧ - الصعوبة المتعلقة بالعميل / المريض Client / Patient - related difficulty

وبالنسبة للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، كان العامل الأكبر هو الشك الذاتي المهني. ولايبدو هذا العامل الهام واضحاً إلى هذا الحد في الدراسات الخاصة بالمهنيين في مجال الصحة والذين لاينغمسون في الصحة

النفسية. وتقترح الكتابات (أنظر مثلاً: Dryden & Spurling, 1989) أن العامـــل الحاســـم الـــذى يؤثـــر فى نتيجة العلاج النفسى هو جودة العلاقة (أو التحالف العلاجى) والذى يكون المعالج النفسى قادراً على تأسيسها مع العميل.

## ماهى استراتيجيات المواجهة المستخدمة بواسطة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ؟

يميز بيلينجس وموس (Billings & Moos, 1981) ثلاثة طرق للمواجهة، هى: (١) المواجهة المعرفية/ النشطة Active - Cognitive coping، حيث يحاول الفرد تنظيم تقديره للموقف (على سبيل المثال، حاول أن ترى الجانب الإيجابى)، (٢) المواجهة السلوكية/ النشطة Active behavioural coping، التى تشير إلى المحاولات السلوكية للتعامل مع الموقف (على سبيل المثال، تحدث مع شريك)، (٣) المواجهة المتجنبة Advoidance coping، حيث يحاول الفرد أن يتجنب مواجهة الموقف الضاغط (على سبيل المثال، تجنب أن تكون مع الناس بصفة عامة) .

وقد توصلت الدراسات الخاصة بالمتدربين (Cushway, 1992)، وكذلك الدراسات عن الممرضات (Tyler & Cushway, 1992, 1995) إلى نتائج مماثلة: طرق مواجهة نشطة مقررة بتكرار أكثر مايكون باعتبارها مساعدة وترتبط بشكل سلبى وجوهرى بالأسى، فى حين ترتبط استراتيجيات التجنب بشكل إيجابى مع الأسى .

وقد كان سلوك المواجهة الذى رواه الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون (ومهنيون آخرون فى مجال الصحة) باعتباره الأكثر فعالية بالنسبة إليهم هو التحدث إلى صديق أو زميل فى العمل، ومن خلال الاستجابة على المقياس وكذلك الأسئلة ذات النهايات المفتوحة، فإن الطرق المقررة الأكثر تكراراً هى المواجهة السلوكية/ النشطة، التى تشمل التحدث إلى زملاء وأصدقاء، أو الانغماس فى نشاطات أخرى مثل ممارسة الرياضة والاستمتاع بأوقات الفراغ، وتقريباً كما هو مقرر تكراراً طرق المواجهة المعرفية/ النشطة، والتى تشمل حل المشكلة النشطة أو التخطيط. وبالرغم من أنه فى كل الدراسات وجد بصفة متسقة أنه توجد علاقة إيجابية بين الأسى النفس والمواجهة المتجنبة، فإن الأخيرة قد لاتكون دائماً استراتيجية سلبية، حيث أنه قد توجد مواقف يكون تجنب المشكلة فيها بوسائل متنوعة هو التكيف فى حد ذاته. على سبيل المثال، حينما لايوجد حل لمشكلة ما، فإنه من الأفضل تجنبها والبعد عنها لفترة زمنية. ورغم ذلك فإن المواجهة المتجنبة هنا قد تكون عملية إنكار دفاعية، وتكون أقل إحتمالاً كعملية تكيفية (Tyler & Cushway, 1992) .

## نموذج عوامل المخاطرة :

إنه لسابق لأوانه الوصول إلى استنتاجات حاسمة من هذه النتائج رغم أن صورة تبدأ فى البزوغ من بعض عوامل المخاطرة العظمى، التى يلخصها الشكل (٧) .

رفاهية نفسية

١ – رضا مرتفع عن العمل
٢ – سلسلة واسعة من استراتيجيات المواجهة النشطة
٣ – قدرة على تخريج الضاغط والموضوعية .
(تقدير مثل «ليس خطئي»)
٤ – لايهدد الضاغط أدوارا/ علاقات أخرى
٥ – خبرة عالية في العمل
٦ – علاقة جودة مع الشريك أو المؤتمن على الأسرار
٧ – ذكر (ماعدا إذا كان العمل يتضمن التعامل مع مرضى يتسمون بالعنف)

ضاغط

أسى نفسي

١ – رضا منخفض عن العمل
٢ – سلسلة منخفضة من استراتيجيات المواجهة النشطة
٣ – استخدام مرتفع لاستراتيجية الإنكار
٤ – ضاغط لايُخرج ولايتم استخدام الموضوعية (يقدر مثل «جزئياً خطئي»)
٥ – يهدد الضاغط علاقات/ أدوار أخرى
٦ – خبرة منخفضة في العمل
٧ – لاتوجد علاقة ذات جودة مع المؤتمن على الأســـرار / علاقة ذات جودة سيئة مع الشريك
٨ – الأنثى

شكل (٧) العوامل الوسيطة بين الضاغط والرفاهية النفسية أو الأسى النفسي لدى مهنيي الصحة النفسية

ويوضح الشكل (٧) المتغيرات التى قد بزغت من الدراسات الامبريقية السابقة، والتى تبدو كمتغيرات وسيطة هامة بين الضواغط والمتغيرات النفسية الناجمة. وحيثما يترجم الضغط إلى سوء صحة عقلية يعتمد على تأثير عدد من المتغيرات الوسيطة وإلى حد مايشكل هذا فقط مايتنبأ به النموذج التبادلى (عبر تفاعلى) transactional model. ومع ذلك، فإن هذه النتائج تبدأ فى إلقاء الضوء على بعض من عوامل المخاطرة المتضمنة .

## الملخص:

تناولنا فى هذا الفصل أساسيات الجودة فى تعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين، تلك الأساسيات التى تمثلت فى الثقافة المشجعة، ومنهج جامعى شامل وصارم، وكلية منتجة متنوعة ذات خبرة، وطلاب ذوو عقلية حادة ومقدموا الرعاية وأذكياء، ومؤسسات ملائمة، وكلية متكاملة للخدمة والبحث والتدريب، ووسائل فعالة لإعتماد الطلاب والتصديق على البرامج. كما تم إلقاء الضوء على تدريب المتخرجين الإكلينيكيين فى علم النفس من حيث الكفاءات والتدريب على التقييم، وعمل علاقة مع العميل، والتدخل والبحث، والتعليم، والإدارة، والأخلاقيات، والإتجاهات، وكذلك تم فحص الضغوط لدى الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، وتوضيح إلى أى مدى يُصاب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين بالأسى؟ ومن هم الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الأكثر تعرضاً للضغوط، وماهى المصادر الرئيسية للضغط بالنسبة للأخصائيين النفسيين؟، فضلاً عن التعرف على استراتيجيات المواجهة المستخدمة بواسطة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين .

## مراجع الفصل الخامس :

1- Albee, G. (1966). Psychological center. In E. Hoch, A. Ross, & C. Winder (Eds.). Professional preparation of clinical psychologist (PP. 140-142). Washington, DC: American Psychological Association.

2- Albee, G. (1970). The uncertain future of clinical psychology. American Psychologist, 25, 1071-1080.

3- American Psychological Association, Divison of Clinical Psychology, Task Force on Promtion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. The Clinical Psychologist, 48, 3-24.

4- American Psychological Association Office of Program Consultation and Accreditation. (1996). Book 1: Guideunes and principles for accreditation of programs in professional psychology. Washington D. C.: Author.

5- Brady, J., Healy, Y. Norcross, J., & Guy, J. (1995). Stress in counsellor: An integrative research review. In The Stresses of Counselling in Action (ed. W. Dryden), London: Sage.

6- Chambers, D., & Glassman, P. (1997). A Primer on competency-based evaluation. Journal of Dental Education, 61, 651-666.

7- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98, 310-357.

8- Cook, T., & Campbell, D. (1979). Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. Boston: Houghton Mifflin.

9- Cushway, D. (1992). Stress in clinical psychology trainees. British Journal of Clinical Psychology, 31, 169-179.

10- Cushway, D., & Tyler, P. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. Stress Medicine, 10, 35-42.

11- Cushway, D.,Tyler, P., & Nolan, P. (1997). Development of stress scale for mental health professionals. British Journal of Clinical Psychology, 45, 201-211.

12- Darongkamas, J., Burton, M., Cushway, D. (1994). The use of personal therapy by clinical psychologist working in the NHS in the United Kingdom. Clinical Psychology and Psychotherapy, 1, 165-173.

13- Fantuzzo, J. (1984, Winter). Mastery: A competency-based training model for clinical psychologists. The Clinical Psychologist, 37, 29 30 .

14- Farber, B. (1985). Clinical psychologists, perceptions of psychotherapeutic work. Clinical Psychologist, 38, 10-13.

15- Fox, R., & Barclay, A. (1989). Let a thousand flowers bloom: Or, Weed the garden? American Psychologis, 44, 55-59.

16- Frank, G. (1984). The Boulder Model: History, rational and critique. Professional Psychology: Research and Practice, 15, 417-435.

17- Goldberg, D. (1978). Manual of the General Health Questionnair. Windsor: NFER-NELSON.

18- Guy, J. (1987). The personal life of the psychologist. New York: Wiley.

19- Guy, J., Brown, C., & Poelstra, P. (1991). Living with the aftermath: A national survey of the consequences of patient violence directed at psychotherapists. Psychology in Private Practice, 9,35-39.

20- Hellman, I., Morrison, T., & Abramowitz, S. (1987). Therapist experience and the stresses of psychotherapeutic work. Psychotherapy, 24, 171-177.

21- Hill, D., Stalley, P., Penntngion, D., Besser, M., & McCarthy, W. (1997). Competency-based learning in traumatology. The American Journal of Surgery, 173, 136-140.

22- Kimble, G. (1984). Psychology's two cultures. American Psychologist, 39, 833-839.

23- Maeder, T. (1989). Children of psychiatrists and other psychotherapists. New York: Harper & Row.

24- Mayne., T., Norcross, J., & Sayette, M. (1994). Admission requirements, acceptance rates, and financial assistance in clinical psychology programs. Diversity.

25- Meara, N., Schmidt, L., & Day, J. (1996). Principles and virtues: A foundation for ethical decisions, policies, and character. The Counseling Psychologist, 24, 64-77.

26- Meehl, P. (1971). A scientific, scholarly nonresearch doctorat for clinical practiitioners. In R. Holt (Ed.), New Horizons for psychotherapy: Autonomy as a profession. New York: International.

27- Meehl, (1978). Theoretical risks and tabular asterisks: Sir Karl, sir Ronald, and the slow progress of soft psychology. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 806-834.

28- Meehl, P. (1979). The seven sacred cowis of academia: Can we afford them? Unpublished manuscript, University of Minnesota, Minneapolis.

29- Mellinger, G., Balter, M., Mannheimer, D., Cisin, I., & Parry, H. (1978). Psychic distress, life crisis, and use of psychotherapeutic medication: National Household Survey data. Archives of General Psychiatry, 35, 1045-1052.

30- Nash, J., Norcross, J., & Prochaska, J. (1984). Satisfactions and stresses of independent practice. Psychotherapy in Private Practice, 2,39-48.

31- Norcross, J., & Prochaska, J. (1986a). Psychotherapist heal thyself- I. The psychological distress and self-change of psychologist, counselors and laypersons. Psychotherapy, 23, 102-114.

32- Norcross, J., & Prochaska, J. (1986b). Psychotherapist heal thyself-II- The self-initiated and therapy-facilitated change of psychological distress. Psychotherapy, 23, 345-356.

33- Peterson, R., Gold, S., Ben, R,, Edwall, G. (Eds.) (1992). The core curicuhon in professionsal psychology. Washington DC: American Psychological Association & National Council of School of Professional Psychology.

34- Price, D. (1965). Network of scientific papers. Science, 149, 510-515.

35- Ramussen, J., & Guy, J. (1989). Married female psychotherapists: Intrapsychic conflicts and external stressors. Journal of Training and Practice in Professional Psychology, 23, 345-356.

36- Sattler, J., & Ryan, J. (1999). Assessment of children: Revised and Updated third edition, WAIS-III supplement. San Diego: Jorome M. Sattler.

37- Stoltenberg, C. (1981). Approaching supervision from a developmental perspective: The conselor complexity model. Journal of Counseling Psychology, 28, 59-65.

38- Stratford, R. (1994). A competency approach to educational psychology practice: The implications for quality. Educational and Child Psychology, 11, 21-28.

39- Sussman, M. (1995). A Perilous Calling: The Hazards of Psychotherapy Practice. New York: Wiley.

40- Task Force on Promotion and Dissemination of psychological procedures (1993). A report adopted by Division 12 Board, 1-17.

41- Tyler, P., & Cushway, D. (1992). Stress, coping and mental well-being in hospital nurses. Stress Medicine, 14, 91-98.

42- Tyler, P., & Cushway, D. (1995). Stress in nurses: The effects of social support, coping and job satisfaction. Stress Medicine, 11, 243-251.

# الفصل السادس

# التقييم والتفسير والتشخيص الإكلينيكى

# Clinical Assessment, Interpretation and Diagnosis

## التقييم الإكلينيكى

## Clinical Assessment

التقييم هو تجميع المعلومات المتعلقة الخاصة بشخص ما، التى تتواصل فى كل مرحل وفى كل حقل من الحياة، من المدرسة الابتدائية إلى دخول الجامعة، إلى سوق العمل ومن التسوق لأصناف البقالة إلى التصويت فى ترشيح الرئيس. ففى مجال الجامعة، يعتمد موظفو الالتحاق بالكليات – الذين عليهم أن يتنبؤا بمن هم الطلاب الذين سوف ينجحون فى الجامعة – على السجلات الأكاديمية، والتوصيات، ودرجات اختبارات التحصيل، والمقابلات، وصور التطبيق لإعطائهم المعلومات عن الطلاب المتوقعين. وهذا مايحدث بالنسبة لأصحاب الأعمال الذين عليهم أن يقرروا من هم المتقدمين الأكثر احتمالاً لأن يكونوا عاملين فعالين، حيث يجمعون المعلومات عنهم من الملخصات (السيرة الذاتية)، والمقابلات، والمراجع، وربما من ملاحظات أثناء العمل .

وتستخدم تقنيات التقييم الإكلينيكى لتحديد كيفية وسبب سلوك شخص ما بشكل شاذ وكيف يمكن مساعدة ذلك الشخص وكذلك لتقويم العملاء بعد أن يكونوا أمضوا فى العلاج فترة معينة، لرؤية التقدم الذى يحققونه وما إذا كان يجب تعديل العلاج أم لا. كما قد يقوم الإكلينيكيون بتقييم العملاء عند إكمال العلاج لتحديد الفاعلية الشاملة للعلاج .

كما يلعب التقييم الإكلينيكى دوراً هاماً فى البحث. وحينما يريد الباحثون أن يعرفوا أسباب اضطرابات معينة أو استجاباتهم لأنواع مختلفة من العلاج، فعليهم أن يتأكدوا أن الأشخاص الذين ينتقونهم ممثلين للناس بتلك الاضطرابات. وأحياناً يعتمد الباحثون على التقييمات التى كانت قد أجريت من قبل بواسطة إكلينيكيين فى أوقات أخرى أجروا فيها تقييماتهم - فدقة التقييمات لها تأثير مباشر على قيمة البحث.

ويعتمد إنتقاء الإكلينيكيين لتقنيات وأدوات معينة للتقييم على توجههم النظرى. فالإكلينيكيون السيكوديناميون - على سبيل المثال - يستخدمون طرق تقييم تقدم معلومات عن عناصر شخصية الفرد وصراعات لاشعورية قد تخبر (Butler & Satz, 1989). ويسمى هذا النوع من التقييم بتقييم الشخصية، حيث يمكنهم من أن يضعوا معاً صورة إكلينيكية طبقاً لمبادئ ومفاهيم النموذج السيكودينامى. وعلى النقيض، يستخدم الإكلينيكيون السلوكيون وكثير من الإكلينيكيين المعرفيين طرق تقييم معلومات مفصلة عن السلوكيات والمعارف المختلة وظيفياً المحدودة (Kendall, 1990, Haynes, 1990). والهدف من هذا النوع من التقييم هو التقييم السلوكى، لإجراء تحليل أدائى لسلوكيات الفرد - تحليل لكيفية تعلم وتدعيم السلوكيات - وقد إبتكرت مئات من تقنيات وأدوات التقييم من جميع المنظورات النظرية، ولكن تقع معظمها فى ثلاث فئات عامة، هى: المقابلات الإكلينيكية، والاختبارات، والملاحظات. وفيما يلى نلقى بعض الضوء على هذه الفئات العامة الثلاثة :

## المقابلات الإكلينيكية

## Clinical Intervews

يشعر معظمنا بشكل غريزى بأن أفضل طريقة لمعرفة الناس هى مقابلتهم. ففى التفاعلات الوجه للوجه نستطيع أن نرى ردود فعل الناس الآخرين لأسئلتنا، ونلاحظ وكذلك نستمع وهم يجيبون، ونراقبهم وهم يلاحظوننا، وبصفة عامة نحصل على إحساس بمن هم يكونون. والمقابلة الإكلينيكية هى مواجهة شخصية من هذا النوع (Wins, 1990) وقد إقترح البحث على نحو متكرر أن الطريقة التى يقول بها بعض الناس شيئاً ما يمكن أن تكون كاشفة لما يقولونه (Korchin, 1976). فإذا ماأصبحت إمرأة قلقة بصورة واضحة وتتجنب الاتصال البصرى حينما تتحدث عن الرجال، فإن الإكلينيكى قد يشك فى أنها تشعر ببعض القلق بالنسبة للعلاقات الجنسية الغيرية. إذا ماقال رجل ما أن موت أمه أحزنه ولكنه يبدو سعيداً كما يمكن أن يكون، فإن الإكلينيكى قد يشك فى أن الرجل لديه إنفعالات متصارعة. بخصوص هذا الفقد. ويستخدم كل المشاركين تقريباً مقابلات إكلينيكية كجزء من عملية التقييم .

**إجراء المقابلة Conducting The intervew**: غالباً ماتكون المقابلة هى الاتصال الأول بين العميل والإكلينيكى. لقد ذكر هارى ستاك سوليفان H.S. Sullivan الطبيب النفسى الأمريكى المعروف «أن مهمة المقابل الرئيسية هى إكتشاف من هو العميل. أى، أنه يجب أن يستعرض ماهو سير الأحداث التى مر بها العميل ليكون من هو، وماالذى حدث له فى طريق الخلفية والخبرة» (Sullivan, 1954: 17-18) . وعلى نحو مماثل، يبحث المقابلون الإكلينيكيون عن معلومات مفصلة عن مشاكل ومشاعر الشخص الحالية، والمواقف والعلاقات الحياتية الحالية، والتاريخ الشخصى. كما قد يفحصون توقعات الشخص عن العلاج والدوافع الخاصة بالسعى إليه .

وبعد تجميع بيانات المقابلة الأساسية، يعطى المقابلون الإكلينيكيون إنتباهاً خاصاً للمحاور التى يعتبرونها أعظم ماتكون أهمية مهماً كانت. ويحاول المقابلون السيكوديناميون أن يتعرفوا على احتياجات وتخييلات الشخص، وينتزعوا الذكريات المتعلقة الخاصة بالأحداث والعلاقات الماضية (Shea, 1990) أما المقابلون السلوكيون فلديهم محاور معينة لأنواع المعلومات التى يجمعونها لعمل تحليل وظيفى، تتمثل فى: المعلومات المتعلقة الخاصة بالمثيرات التى تثير الأداء الشاذ الخاص بالكائن أو الشخص (مثل رأى منخفض فى الذات)، والخاص بالطبيعة الدقيقة للاستجابات الشاذة، وعواقب تلك الاستجابات (Reyna, 1989). ويحاول المقابلون المعرفيون أن يكتشفوا إفتراضات، وتفسيرات، ومهارات المواجهة المعرفية التى تؤثر فى الطريقة التى يتصرف ويشعر بها الشخص (Kendall, 1990) . ويسأل الإكلينيكيون الإنسانيون عن مفهوم الذات الخاص بالشخص ويحاولون أن يتعرفوا على مدركاته الفريدة (Aiken, 1985). ويستخدم الإكلينيكيون البيولوجيون المقابلة للمساعدة فى تبيّن علامات خاصة بأى إختلال وظيفى عصبى أو كيميائى (Kallman & Feuerstein, 1986) .

**أشكال المقابلة Interview formats**: يمكن أن تكون المقابلة إما غير بنائية أو بنائية. ففى **المقابلة غير البنائية Unstructured interview** يسأل الإكلينيكى أسئلة ذات نهاية مفتوحة (هل ستخبرنى عن نفسك؟)، تتبعها مبادرات مشوقة، وتضع قيود قليلة على مايمكن أن يناقشه العميل. ويسمح نقص البناء للإكلينيكى بأن يركز على محاور هامة لايمكن أن تتوقع من قبل. وكذلك تعطيها تقديراً أفضل للموضوعات التى تكون هامة للعميل.

وفى المقـابلة البنائيـة Structured interview، يسـأل الإكلينيكيون سلسلة من الأسئلة المعدة سابقاً. ويستخدمون فى بعض الأحيان قائمة مقـابلة منشورة (مجموعة معيارية من الأسئلة أو محاور مصممة للاستخدام فى كل المقـابلات (Shea, 1988). وتمكن الأشكال البنائيــة الإكلينيكيين من تغطية نفس القضايا الهامة فى كل مقـابلاتهم وأن يقـارنوا الاستجابات الخاصة بفرد بتلك الخاصة بالآخرين. وغالباً ماتشمل المقابلات البنائية فحص الحالة النفسية، كما أن أسئلة وملاحظات المقابلة مصممة للكشف عن الطبيعة الدقيقة والدرجة الخاصة بالأداء الشاذ للعميل. وتغطى الأسئلة على نحو منهجى مجالات الأداء مثل الوعى بما يحدث، والتوجه بالنسبة للوقت والمكان، وإتساع الانتباه، والذاكرة، والحكم، والاستبصار، ومحتوى وعمليات التفكير، والمزاج، والمظهر.

ومعظم المقابلات الإكلينيكية لها نسب بنائية وغير بنائية، ولكن يفضل كثير من الإكلينيكيين نوعاً على الآخر (Leon et al., 1989) وتستهوى المقابلات غير البنائية على نحو نمطى الإكلينيكيين السيكوديناميين لأنها تسمح للمقابلين أن يبحثوا بحرية عن الموضوعات والصراعات الأساسية. وهى شائعة كذلك بين الإكلينيكيين الإنسانيين Humanists clinicians لأنها تسمح لهم بأن يوجهوا المحادثة فى أى إتجاه تشير إليه أفكار وخبرات العميل (Pope, 1983). ومن ناحية أخرى، تستخدم الأشكال البنائية على نطاق أكبر إتساعاً بواسطة الإكلينيكيين السلوكيين، الذين يحتاجون إلى أن يعملوا مراجعة منهجية لكثير من أجزاء المعلومات لإكمال تحليل وظيفى لسلوكيات شخص ما (Pope, 1983). والأشكال البنائية شائعة على نحو متساو بين المقابلين البيولوجيين لأنهم يستطيعون مساعدة الإكلينيكيين على البحث بشكل منهجى بالنسبة لمؤشرات الاختلال الوظيفى البيولوجى .

وطالما أن المقابلة البنائية لها أهمية عظمى لدى المقابلين، فسوف نعرض لها أدناه للتعرف على طبيعتها وأمثلة منها.

## المقابلة الإكلينيكية البنائية للتشخيص :

**Structured Clinical Interview for Diagnosis (SCID)**

منذ السبعينات من القرن العشرين، نشط الإدراك الخاص بالثبات المنخفض للتشخيص الطبنفسي Psychiatric diagnosis والحاجة إلى مجموعات بحث متجانس تحسن أنظمة التصنيف الطبنفسية الخاصة بالاضطرابات الطبنفسية. وقد أدى هذا إلى أنظمة تصنيف مثل معايير فخنر Feighner Criteria، والمعايير التشخيصية للأبحاث Research Diagnosis Criteria ، ودليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات Statistical Munual of Mental Disorders. وتأسيس معايير تشخيصية لكل اضطراب عقلي، مع معايير الاشتمال، ومعايير الاستثناء ومعايير لتقييم شدة ومدة الأعراض، ورفع الثبات الخاص بالتشخيص الطبنفسي .

ورغم ذلك، فإن تنقيح معايير تشخيصية إجرائية يفشل في ضبط مصادر أخرى للثبات المنخفض، مثل سلوك الأخصائي الذي يقوم بالمقابلة والتوقعات والتغيرات في المعلومات التي يحصل عليها من المريض. وللتغلب على تلك الصعوبات، إبتكرت أدوات مقابلة بنائية وشبه بنائية، تقوم على أنظمة التصنيف المتنوعة. ويتمازج ابتكار هذه الأدوات مع ابتكار أنظمة التصنيف التي تقوم عليها. وبدأت الأدوات تلعب دوراً هاماً ليس فقط في البحث، ولكن كذلك في الممارسة الإكلينيكية وفي التدريب على مهن الصحة النفسية .

وإحدى المقابلات البنائية الأولى هى فحص الحالة الحالية Present State Examination، التى هدفت إلى وصف الظواهر المرضية النفسية بطريقة ثابتة وموضوعية (Wing, 1983). وفى الستينات من القرن العشرين فى إنجلترا نُشر فحص الحالة الحالية (PSE) بعد سلسلة من التنقيحات التى أجريت حتى عام ١٩٧٤. ويتكون فحص الحالة الحالية من ١٤٠ بنداً، منها ١٠٧ بنداً تشير إلى أعراض موصوفة بواسطة المريض و ٣٣ بنداً تشير إلى سلوك ملحوظ بواسطة الأخصائى الذى يقوم بالمقابلة. ويشمل هذا الفحص مجموعةكلمات صعبة وعسيرة مع تعريفات شاملة ودقيقة لكل بند. وينتج فحص الحالة الحالية بروفيل نفسى يسمح بتشخيصيات إكلينيكية عن طريق برنامج الحاسب الآلى. وتقوم هذه التشخيصات على إطار عمل تصورى يتأثر بشدة بعلم النفس المرضى الكلاسيكى، وهى لاتقارن بأى نظام تصنيفى تشخيصى أخر .

وتتكون المقابلات الإكلينيكية البنائية من أسئلة ذات نهايات مغلقة، وقد تكون مقدمة بواسطة أخصائيين مبتدئين بعد تدريب معين. ويعتمد التقدير على الإجابة التى يتم الحصول عليها من العملاء، وعادة المقابلة مختصرة. ومن أمثلة هذا النوع من المقابلات، تلك المقابلة التشخيصية الملحقة (DIS) الخاصة بالمعهد القومى للصحة النفسية (NIMH). والمقابلة التشخيصية الدولية المؤلفة (CIDI) (Robins et al., 1981). وقد ابتكر كجزء من دراسة مستجمع الأمطار الوبائى Epidemiological Catchment Area التى أجريت بواسطة المعهد القومى للصحة النفسية فى الولايات المتحدة الأمريكية. وتقوم على ثلاثة أنظمة تصنيفية، هى: معايير التشخيص للأبحاث (RDC)، ودليل التشخيص الإحصائى (DSM)، وفخنر Feighner. وتتم الإجابة على

الأسئلة من خلال استخدام رموز معينة، ويؤسس التشخيص النهائي من تحليل مُعد عن طريق برنامج حاسب آلي معين .

وقد ابتكرت المقابلة التشخيصية الدولية المؤلفة (CIDI) كجزء من مشروع مشترك بين قسم الصحة النفسية بمؤسسة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة سوء استخدام الكحول والعقاقير والصحة العقلية (ADAMHA)، وكان يقصد به كذلك الاستخدام في دراسات وبائية وأسئلة هذه الأداة عبارة عن بنود معدلة من المقابلة التشخيصية الملحقة (DIS) وفحص الحالة الحالية .(Robins et. al. 1988)

وأدوات المقابلة مثل القائمة الملحقة بالاضطرابات الوجدانية والفصام (SADS) والمقابلة الإكلينيكية البنائية لمراجعة الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM- IV (SCID) يمكن أن تصنف كمقابلات شبه بنائية بسبب أسئلتها ذات النهاية المفتوحة، والتي تسمح ببعض المرونة عند استخدامها . وتتطلب تلك الملامح الخاصة بالمقابلات شبه البنائية ألفة بالمعايير التشخيصية الخاصة بالنظام الذي تبنى عليه المقابلة، والتدريب على الأداة. وحيث أن يقوم على حكم إكلينيكي وليس فقط على الإجابة المعطاة من العميل، فإن مهنيي الصحة النفسية فقط يجب أن يطبقوا هذه الأدوات .

## قصور المقابلات الإكلينيكية: Limitation of Clinical Interviews

بالرغم من قيمة المقابلة الإكلينيكية كمصدر للمعلومات الخاصة بالعميل، فإنه توجد حدود لما يمكن أن يتم إنجازه. وأحد الأسباب الكامنة وراء ذلك هو أن المعلومات المجمعة خلال المقابلة هي إلى حد ما سابقة الانتقاء بواسطة

العميل. فبالرغم من أن معظم الناس ينشدون المساعدة بشكل تطوعى، فإن الكثير منهم يأتون إلى الإكلينيكيين تحت الإكراه بالتهديد أو الوالد أو القرين المهدد. وفى مثل هذه الحالات تكون المعلومات التى قد يقدمها العميل من أجل خدمة الذات. وحتى العملاء الذين يأتون باختيارهم قد يحاولون تقديم أنفسهم بأفضل وضع أو يشعرون بالمقاومة عند تقديم محاور مربكة .

والسبب الآخر وراء ذلك هو أن بعض العملاء يكونوا غير قادرين على تقديم معلومات دقيقة فى المقابلة. فالاضطراب الشديد الذى يحضرهم إلى الإكلينيكى قد يشوه بشكل خطير إدراكاتهم وتقاريرهم الخاصة بالأحداث فى حياتهم، على سبيل المثال، الناس الذين يعانون من الاكتئاب يأخذون رأياً تشاؤمياً عن أنفسهم وعالمهم ومستقبلهم بشكل مفرط (Beck, 1991). وهكذا، فإن الرجل المكتئب قد يصف نفسه بإعتباره غير كفؤ فى عمله.

وفضلاً عما سبق، يوجد عائق آخر هو أن المقابلين قد يصدرون أحكاماً ذاتية قد تشوه المعلومات التى يجمعوها. وفى العادة، يعتمدون بشدة على الانطباعات الأولى، ويعطون وزناً كبيراً لمعلومات غير مرغوب فيها عن العميل (Aiken 1985). وقد تؤثر تحيزات المقابلين – والتى تشمل تحيزات النوع والسلالة – فى الطريقة التى يفسرون بها مايقوله العميل .

وفى النهاية، يستجيب العملاء على نحو مختلف لمقابلين مختلفين. وتبين الدراسات أن العملاء يشعرون بعدم الراحة مع الإكلينيكيين ذوى التعاطف البسيط والمتباعدين، ويقدمون معلومات أقل مما يفعلون مع الإكلينيكيين الذين يكونوا دافئين ومدعمين (Eisenthal et al., 1983). فقد وجدت إحدى الدراسات أن الإناث المراهقات إعترفن أكثر بسوء السلوكيات للمقابلين الأصغر سناً مما هو مع المقابلين الأكبر سناً، وحينما تحدثن لمقابلين أكبر

سناً، فكن أكثر احتمالاً لأن يزعمن أنهن فعلن دائماً ما طلب منهن والديهن أن يفعلوه (Erlich & Reisman, 1961) .

وفى هذه الظروف، ليس مدهشاً أن الإكلينيكيين المختلفين يمكن أن يحصلوا على إجابات مختلفة حتى عندما يسألون نفس الأسئلة لنفس الشخص (Langwieler & Linden, 1993) . وطبقاً لذلك، فإن بعض الباحثين يعتقدون أن المقابلة مجال متمتع بجودته فى التقييم، وهذا يجب نبذه وانتقاده. وقد يكون هذا الاقتراح معقول إذا ماوجدت تقنيات أخرى خالية من المشاكل يتم إستخدامها بدلاً منها. وكماسوف نرى، نوعين آخرين من طرق التقييم لهما - أيضاً - قصور شديد .

## الإختبارات الإكلينيكية

## Clinical Tests

الاختبارات هى وسائل لجمع المعلومات الخاصة بنواح قليلة من الأداء النفسى للفرد، منها معلومات أوسع عن الشخص يمكن يستدل عليها (Goldstein & Hersen, 1990). ويستخدمها الإكلينيكيون لاكتشاف معلومات خادعة قد لاتصبح ظاهرة خلال المقابلة أو الملاحظة ولتحديد كيفية مقارنة أداء شخص ما بأداء أشخاص آخرين. ويستخدم أكثر من (٥٠٠) خمسمائة إختبار إكلينيكى مقنن فى جميع أنحاء العالم .

والاختبارات التى يستخدمها الإكلينيكيون بشكل أكثر تكراراً هى خمسة أنواع :

١- إختبارات إسقاطية Projective tests: وتتكون من مادة غير بنائية أو من مادة غامضة، ويُطلب من الأفراد أن يستجيبوا لها. وتكون المادة

غامضة إلى حد أن الاستجابات يحتمل أن تعكس البناء النفسى للفرد.

٢ - قوائم التقرير الذاتى: Self - report inventories: وتتكون من قوائم بنود يُطلب من الناس أن يقوموها كمميزة أو غير مميزة لهم، بمعنى هل تنطبق عليهم البنود أو لاتنطبق. وفى تلك العملية يُزعم أنهم يكتشفون شخصياتهم ونماذج سلوكهم وانفعالاتهم أو إعتقاداتهم .

٣ - إختبارات نفسفسيولوجية Psychophysiological tests: وتقيس مثل هذه الاختبارات الاستجابات البدنية كمعدل ضربات القلب والتوتر العضلى كمؤشرات ممكنة للمشاكل النفسية .

٤ - إختبارات نفسعصبية Neuropsychologcial tests: تكشف عن أى تلف عصبى ممكن.

٥ - إختبارات الذكاء Intelligence testes: وهى إختبارات مصممة لقياس القدرة العقلية للشخص .

**خصائص الإختبارات: Characteristics of testes**

على السطح، قد يبدو بسيطاً على نحو نسبى تصميم إختبار فعال. ففى كل شهر، تأتى فى المجلات العلمية إختبارات جديدة تعمل على كشف معلومات عن أنفسنا، وعلاقاتنا، وحياتنا الجنسية، وضغوطنا، وقدراتنا على النجاح فى العمل. ويمكن أن تبدو هذه الإختبارات مقنعة، ولكنها غالباً ماتكون مضللة. ولايؤدى معظمها إلى إتساق أو معلومات دقيقة عن أدائنا أو أى شىء ذى معنى خاص بأن نقف فى المقارنة مع الآخرين. وإذا كان لأى إختبار أن يكون نافعاً، فلابد أن يقنن ويجب أن يبرهن على أنه يتسم بالثبات والصدق .

**التقنين Standardization**: إفترض أن درجات شخص ما ٤٠ درجة على إختبار مصمم لقياس العدوانية. فماذا يعني ذلك الرقم؟ حتى إذا عرفنا أن الدرجات على هذا الاختبار تتدرج من صفر إلى ٥٠، فإننا مازلنا لانعرف ماإذا كانت الدرجة ٤٠ هي مايحصل عليها معظم الناس أم لا. فقد تكون الدرجة أعلى أو أقل بكثير من المتوسط. وإذا كان لدرجة إختبار أن تكون ذات معنى، فيجب أن نكون قادرين على مقارنتها بدرجات الناس الآخرين التي يحصلون عليها على نفس الإختبار (Dahlstrom, 1993). ونستطيع أن نفعل هذا إذا ما ذهب الاختبار خلال عملية التقنين، بمعنى، إذا كان الاختبار مطبقاً على مجموعة كبيرة من الأشخاص الذين يصلح أداؤهم حينئذ كمعيار أو نموذج، يمكن أن تقاس إزائه درجة أي فرد. وتسمى المجموعة الأولية من الناس الذين تم تطبيق الاختبار عليهم بعينة التقنين .

ويجب أن تكون عينة التقنين ممثلة للمجتمع الأكبر الذي سوف يتم تطبيق الإختبار عليه. فحينما نقنن الاختبار على عينة من عمال الصناعة، فإنه يكون مفيداً تماماً على عمال الصناعة أكثر منه لدى الأفراد في وظائف أخرى. كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار عوامل أخرى مثل العمر والجنس ومستوى التعليم عند انتقاء عينة التقنين. وفي بعض الحالات، قد يكون من المفيد توليد أكثر من مجموعة من المعايير، وحيث أن النساء والرجال في مجتمعنا قد يختلفون في التعبير عن العدوانية مثلاً، فإنه قد تكون فكرة جيدة بالنسبة لإختبار العدوانية أن تكون له معايير للذكور وأخرى للإناث، ويمكن أن تسمح هذه الاستراتيجية للإكلينيكيين بمقارنة درجات الاختبار للأشخاص الذكور مع تلك الخاصة بعينة الذكور ودرجات الإناث مع تلك الخاصة بعينة الإناث .

**الثبات Reliability**: الثبات هو قياس الاتساق فى نتائج الاختبار. ويجب أن يؤدى الإختبار الجيد دائماً إلى نفس النتائج فى نفس المواقف. على سبيل المثال، مقياس الوزن Weigh Scale يكون ثابتاً إذا قاس نفس الوزن فى كل مـرة نضع نفس الشيء عليه. فإذا كـان يقرأ ١٠ أرطال حـينمـا نضع حقيبة من السكر عليه اليوم و ١٢ رطلاً غداً، فإنه لا يكون ثابتاً. وبذلك يجب أن نتـأكد من أن إختـبار مـايؤدى إلى نفس النتـائج مراراً وتكراراً، ويجب أن يضعوه مصمموا الإختبار فى أنواع معينة من التجارب. وبصفة عامة، فإن الاختـبار الجيـد هو ذلك الذى يحقق أنواعاً متنوعة من الثبـات، مـثل الثبات بإعـادة الإخـتـبـار Test - retest reliability، وثبـات الصـور المتكافـئـة Alternate - form reliability، والثبـات الداخلى Internal reliability ، وثبات المحكمين Interrajudgereliability (Kline, 1993).

ويكون الإخـتـبـار له ثبـات مـرتفع بإعـادة الاخـتـبـار إذا أدى إلى نفس النتـائج حـينمـا يطبق مـرة ثانيـة على نفس الأفـراد. على سـبـيل المثـال، إذا إستجابت إمرأة على إختبار معين يشير إلى أنها مدمنة للكحول بشدة، فإن الاختبار يجب أن ينتج نفس النتيجة حينما يطبق عليها مرة ثانية بعد أسبوع. والاخـتـبار الذى تسوده أسـئلة خـاصـة بالوقت (هل تناولت شـراباً فى السـاعة الأخيرة؟) قد لايكون ثابتاً، لأن الإجابات قد تكون مختلفة أثناء الوقت الثانى. والأسئلة التى تركز على نماذج عامة أكثر شرباً (ماعدد مرات الشراب التى تحصل عليها فى الأسبوع؟) قد تنتج نتائجاً أكثر ثباتاً. وترتبط الدرجات التى يحصل عليـهـا الأشخـاص فى المرة الأولى التى يأخذون فيـهـا إخـتـبـار معين بدرجـاتهم التى يأخذونها فى المرة الثـانية. ويتم حسـاب الثبـات هنا من خـلال معامل الارتباط بين نتائج التطبيقين، وكلما إرتفع الارتباط كلما زاد الثبات .

والمشكلة فى قياس الثبات بإعادة الاختبار هى أن المرة الثانية التى يُطبق فيها الاختبار، قد يحاول فيها الأفراد أن يعطوا نفس الإجابات التى أعطوها فى المرة الأولى، وبهذا يكون الثبات مرتفعاً بشكل واضح (Kline, 1993) ولتجنب هذه المشكلة، قد يحاول مصمموا الإختبار أن يؤسسوا **ثباتاً بصور متماثلة للاختبار**. إنهم يقدمون إختباراً متماثلاً بنفس أنواع البنود الموجودة فى الاختبار الأصلى، ويعطون كلتا الصورتين للاختبار لأشخاص التجربة، ويحسبوا معامل الارتباط بين درجاتهما على الصورتين .

ويكون للإختبار **ثبات داخلى مرتفع** حينما تؤدى الأجزاء المختلفة الخاصة به إلى نفس النتيجة. وللمراجعة بالنسبة لهذا النوع من الاتساق، قد يستخدم الباحثون طريقة القسمة النصفية: إنهم يقارنون الاستجابات على بنود الإختبار ذات الأرقام الفردية بالبنود ذات الأرقام الزوجية. وإذا كان الاختبار ثابت بشكل داخلى، فإن الدرجات على نصفى الاختبار سوف ترتبط على نحو مرتفع .

وفى النهاية، يبين الإختبار **ثباتاً مرتفعاً للمحكمين** إذا وافق مقومون مختلفون على نحو مستقل على تصحيح الاختبار. وتؤدى الاختبارات ذات الاختيار المتعدد إلى درجات متسقة بصرف النظر عمن يحكموها، ولكن تتطلب إختبارات أخرى من المُحكم أن يصدر حكماً، وقد ينتهى ثلاثة محكمين إلى ثلاثة درجات مختلفة. خذ فى الاعتبار إختباراً يتطلب أن ينسخ الفرد نسخة من صورة، بعدها يقدر حكم دقة النسخة. وقد يعطى محكمون مختلفون تقديرات مختلفة لنفس النسخة. وقد يحدد الثبات بين المحكمين بمستوى الاتفاق حينما يصحح محكمون عديدون أداء شخص منفرد على الإختبار .

**الصدق Validity**: يجب أن يؤدى الاختبار كذلك إلى نتائج دقيقة أو صادقة. إفرض أن مقياس وزن يشير إلى ١٢ رطلاً كل مرة توضع عليه حقيبة

من السكر. فـالميـزان حـينئـذ يكون ثابتـاً. ولكن مـاذا لو أن السكر يزن فى الحقيقة ١٠ أرطال فقط؟ بالرغم من أن الميزان ثابت لأن قراءاته متسقة، فإن تلك القراءات غير صادقة. إن صدق الأداة هو الدقة التى يقيس بها مايفترض أن يكون القياس (Dahlestrom, 1993).

إن بعض الاختبارات تكون صادقة لأنها تبدو مؤدية إلى المعنى. ويسمى هذا النوع من الصـــدق بالصـدق **الظاهرى** Face validity، والـذى لايؤسس الثقـة بجدارة وكـفـاءة الاخـتبـار. على سبيل المثـال، إن إخـتبـاراً للاكتئاب قد يشمل أسئلة عن مدى تكرار صيحات أحد الأفراد. ولأنه يكون مفـهومـاً أن الأفـراد المكتئبين يمكن أن يصـيحـوا، فإن هذه الأسئلة للاختبار يمكن أن يكون لهـا صـدق ظاهرى. ومع ذلك، فـإن الأمـر ينتـهى بأن أناسـاً كثيـرين يصـيحـون كثيراً لأسباب أخرى غير الإكتئاب وأن بعض الأفـراد المكتئبين إلى أقصى مدى يتقاعسون عن الصياح تمامـاً (Beck, 1967). وهكذا، فإن الاختبار يجب أن لايستـخدم إلا إذا خضع بنجاح إلى قياسات أكثر دقة خاصة بالصدق .

**الصدق التنبؤى** Predictive validity: هو قدرة الإختبـار على التنبؤ بسمـات أو سلوك شخصى فى المستقبل - فدعنا نقول أن إختباراً ما مصمماً لجمع معلومات عن عادات آباء وأمهات الأطفال فى المدارس الابتدائية، وسماتهم الشخصية، وإتجاهاتهم نحو التدخين، وعلى ذلك الأساس يتم تحديد الأطفال الذين يعتادون تدخين السجائر فى المدرسة الابتدائية. فإننا يمكن أن نؤسس الصدق التنبـؤى بتطبيق الإختبار على مجـموعة من طلاب المدرسة الابتدائيـة، وننتظر حتى يكونوا فى المدرسة الثانوية، وبعد ذلك نراجع لنرى ماهم الأطفال الذين أصبحوا مدخنين فى الواقع .

وفى الممارسة، يكون من الصعب تماماً تحديد الصدق التنبؤى لإختبار مالأنه توجد فرصة كبيرة لعوامل معقدة تنشأ فى الفترة بين الوقت الذى يطبق فيه الاختبار والوقت الذى يمكن التحقق فيه من التنبؤات، وقد يفقد بعض المختبرون مسار بعض الأشخاص الأصليين، أو أن الظروف غير المتوقعة قد تغير سير الأحداث. وقد يتعرض طلاب المدرسة الابتدائية فى اختبار التدخين – على سبيل المثال – إلى حملة مكثفة ضد التدخين .

أما الصدق التلازمى Concurrent validity فهو الدرجة التى تتفق فيها درجات الإختبار مع معلومات متاحة أخرى. على سبيل المثال، الإختبار المصمم لقياس قلق الطلاب، لابد أن ينتج درجات للقلق تتفق مع السجلات الإرشادية بالمدرسة وتقارير الوالدين .

ويعرض الإختبار صدق محتوى Content validity مرتفع إذا ما قام بتقييم كل النواحى الهامة للسلوك والمهارة أو الجودة المصممة لكشفها . خذ فى الاعتبار إختبارات التحصيل المصممة لقياس قدرة طالب فى مادة مدرسية معينة، فإن إختبار تحصيل اللغة الأجنبية يمكن أن يكون له صدق محتوى منخفض إذا ماإختبر فقط بالنسبة للمفردات بدون الإنتباه إلى النحو وإستخدام اللغة أو الفهم.

وفى النهاية، يجب أن يكون للإختبار صدق تكوين Construct validity مرتفع، بمعنى، يجب أن يقيس مايقصد أن يقيسه وليس شيئاً أخر تماماً (Cronbach & Meehl, 1955). وقد نسأل هل إختبارات التحصيل تقيس القدرة فى مجالات موضوع معين، أو هل هى تقيس فى الحقيقة شيئاً ما أخر؟ وقد لاحظ المربون أن بعض الطلاب يؤدون على نحو جيد جداً وأخرين يؤدون على نحو سيء جداً على إختبارات الاختيار المتعدد. وربما أن طالب

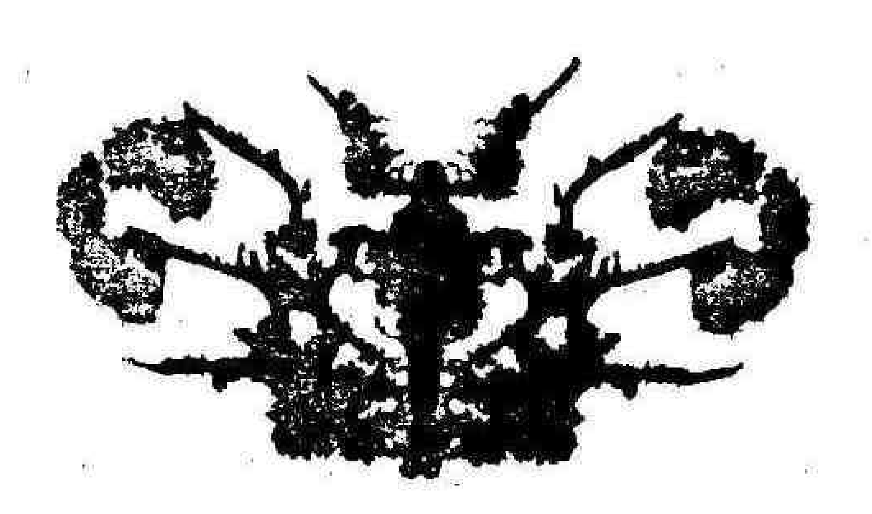
مدرسة ثانوية يؤدى على نحو جيد فى إختبار تحصيل الكيمياء يبين فى الواقع مهارة في إنتقاء إجابات إختيار متعدد أكثر من معرفة إستثنائية فى الكيمياء. وفى تلك الحالة، فإن إختبار تحصيل الكيمياء سيكون به قصور فى صدق التكوين .

وقبل أن يمكن لأى إختبار أن يكون نافعاً، يجب أن يحقق متطلبات التقنين، والثبات، والصدق. ولايهم كيف يمكن أن يكون إختباراً متبصراً أو هاماً، حيث لايستطيع الإكلينيكيون إستخدام نتائجه على نحو مريح إذا كان غير قابلاً للتفسير، وغير متسق، أو غير دقيق. ولسوء الحظ، كما سوف نرى، فإن إختبارات إكلينيكية قليلة تنقصها هذه المميزات الأساسية، مما يوحى بأن بعض التقييمات الإكلينيكية على الأقل تفتقد الميزة المقصودة (Kline, 1993; Shedler et al., 1993) .

**الاختبارات الإسقاطية Projective tests**: تتطلب الاختبارات الإسقاطية من الأشخاص إعطاء إجابات تفسيرية لأسئلة عن مثيرات غامضة نسبياً مثل بقع الحبر أو صور غامضة أو إتباع تعليمات ذات نهاية مفتوحة مثل «إرسم شخصاً». ويتمثل الافتراض وراء هذه الاختبارات فى أنه عندما تكون التعليمات غامضة هكذا، فإن الأشخاص لابد أنهم يقومون بإسقاط نواحى من شخصياتهم الخاصة داخل المهمة. وكما هو معروف، فإن المنظرين السيكوديناميين يعتقدون أن الإسقاط هو حيلة دفاعية شائعة يسقط فيها الناس رغباتهم الداخلية على الآخرين. وهكذا تستخدم الاختبارات الإسقاطية أساساً بواسطة الإكلينيكيين السيكوديناميين لمساعدتهم على تقييم الدوافع والصراعات اللاشعورية للشخصية التى يعتقدون أنها فى أعماق الأداء الشاذ. ومن أمثلة الاختبارات الإسقاطية المستخدمة على نطاق واسع إختبار

الرورشاخ Rorschach Test، وإختبار تفهم الموضوع Thematic Appreception Test، وإختبارات تكملة الجمل Sentence Completion tests، والرسومات .

**اختبار الرورشاخ:** فى عام ١٩٢١ أجرى هيرمان رورشاخ H. Rorschach الطبيب النفسى السويسرى تجربة باستخدام بقع الحبر فى التشخيص السيكاترى. فقد أعد آلافاً من البقع بتنقيط حبر على ورقة، وقام بتطبيق الورقة إلى نصفين، ثم فتح الورقة ليكشف تركيباً مماثلاً ولكنه عرضياً تماماً، مثل التركيب الموضح فى الشكل (٨). ووجد رورشاخ أن كل فرد رأى صوراً فى هذه البقع وأن الصور تطابقت فى نواح هامة مع الحالة النفسية للمشاهد. على سبيل المثال، مال الأفراد الذين شخصوا كفصاميين إلى أن يروا صوراً إختلفت جذرياً عن تلك التى رآها الناس المصابون باضطرابات قلق .



شكل (٨) أحد بقع الحبر فى اختبار الرورشاخ

وإعتقاداً منه أن بقع الحبر قد تكون أداة تقييم نافعة، إنتقى عشر بقع ونشرها عام ١٩٢١ مع إرشادات لاستخدامها. ومن هذه البقع العشر توجد خمسة سوداء وبيضاء ورمادية، وخمسة ملونة. وأطلق على تلك البقع من الحبر بإختبار الرورشاخ السيكوديناميى لبقع الحبر. وقد توفى رورشاخ نفسه بعد ثمانية شهور على وجه التحديد، فى عمر ٣٧ سنة، ولكن واصل زملاؤه عمله، وإحتلت بقع الحبر الخاصة به مكانها بين الاختبارات الإسقاطية المستخدمة على نطاق واسع فى القرن العشرين .

ويطبق الإكلينيكيون الرورشاخ – كما يسمى على نحو شائع – بتقديم بطاقة بقعة حبر واحدة فى المرة الواحدة للأشخاص وسؤالهم عن مايرون، ماذا تبدو بقعة الحبر، أو بماذا تذكرهم. ويشجع الأشخاص على إعطاء أكثر من إستجابة. وفى المرحلة الأولى للإختبار المسماة التداعى الطليق Free association، فإن الإكلينيكى يسجل كل شىء يقوله الشخص. وبعد ذلك يقود الإكلينيكى مرحلة الاستفسار Inquiry لإيجاد مايؤثر فى إستجابات الشخص أو يحددها. وفى مرحلة ثالثة إختيارية، تسمى إختبار الحدود Testing the limits ، قد يسأل الإكلينيكى الشخص ماإذا كان يرى بعض الصور أكثر شيوعاً فى رؤيتها بواسطة الناس الآخرين. وفى التبادل التالى تستجيب إمرأة متوترة تبلغ من العمر ٣٢ سنة تشكو من الشعور بعدم القيمة ونقص الثقة تستجيب لأحد بقع حبر الرورشاخ وإستجابتها متبوعة مباشرة باستفسار الأخصائى الإكلينيكى .

الأداء :

الشخص: آه، ياعزيزى! ياإلهى! وهو كذلك. تماماً هذا الجزء (الأعلى) يكون حشرة. شىء مامثل نمله – وإحدى المجموعات الاجتماعية هى عامل،

يحاول أن يشد شيئاً ما. أظن أن هذا نوعاً ما من الطعام لبقية النمل. إنها نحلة لأنها تملك جناحين، ونحلة شغالة تنشىء شيئاً ماصالحاً للأكل من أجل بقية العشيرة .

الاستقسار :

الإكلينيكى: أخبرنى عن النحل .

الشـخص: هنا تكون النحلة، الفم والأجنحـة. لاأظن أن النحل يأكل الأوراق ولكنه يبدو مثل ورقة أو قطعة من الخس الأخضر ؟

الإكلينيكى: مالذى يجعله يبدو قطعة من الخس الأخضر ؟

الشخص : شكله ولديه عنق فوق الوسط. إنها بالتحديد نحلة .

ويقوم الإكلينيكيون بتقويم إستجابات الرورشاخ للشخص على أساس معايير متنوعة. وفى السنوات المبكرة، إنتبه مختبرو الرورشاخ للموضوعات، والصور، والتخيلات المستثارة بواسطة بقع الحبر والمسماة محتوى المفهوم. على سبيل المثال، فالأشخاص الذين رأوا صوراً مائية عديدة، غالباً مافكروا فى تلمس طريقـهم مع إدمـان الكحـول، فى حين أن أولئك الذين رأوا صـوراً مضحكة أو رأوا أنفسـهم فى البقع ربما يعانون من الفصام. وبالرغم من أن محتوى الموضوع لازال ذى إهتمام، فإن المختبرين ينتبهون الآن على نحو أكثر لأسلوب استجابات الأشخاص: هل يرى الأشخاص التصميم ككل أو يرون تفاصيلاً معينة؟ هل يركزون على البقع أو على المساحات البيضاء بينها؟ هل يستخدمون أو يتجاهلون الظلال والألوان فى عديد من البطاقات؟ هل يرون الحركة الإنسانية فى التصميمات (ساحـرتان تقتتـلان)، أو حركة حيوانات (كبشـان ينتطحـان)، أو حيـوانات منغمسة فى سلوكيـات إنسانية (طيور تتحدث)، أو أشياء غير حية (منزل)؟ ويظن بصفة عامة أن الناس العاديين أو الأسوياء يدركـون بشكل نمطى التـصميـمات الكلية، ولكنهم يركـزون على

تفصايل فى بقعة أو بقعتى حبر، أما الأفراد المكتئبون فيعطون إستجابات قليلة ولايذكرون اللون على الإطلاق، ويستجيب الفرد المندفع بشدة للون (Exner, 1993) .

هذه هى الطريقة التى فسر بها الإكلينيكيون الاستجابات المخبولة Bug responses للمرأة البالغة من العمر ٣٢ سنة .

قد تعكس النحلة الصورة التى تملكها عن نفسها كعاملة جادة (حقيقة لوحظت بواسطة مشرفها). وبالإضافة إلى ذلك، فإن تربية النحلة كشىء صالح للأكل لبقية العشيرة، توحى بأنها تشعر بإحساس غامر بالمسئولية تجاه الآخرين .

وتستثير هذه البطاقة تكرار كل من الارتباطات الجنسية الذكورية والأنثوية. إما بشكل مباشر أو بشكل رمزى. وفيما يبدو لاتكون (هذه المرأة) قادرة على تناول مثل هذه المادة على نحو مريح لاعلى نحو صريح ولابطريقة أكثر إجتماعية، وهكذا فإن كلاً من الرموز الجنسية، تستبدل بالرمزية الشفهية أو بتقديم الطعام (Klopfer & Davidson, 1962: 182 - 183).

**إختبار تفهم الموضوع (TAT)**: هو إختبار إسقاطى وصفى إبتكر بداية بواسطة الأخصائى النفسى هنرى موراى H. Murray فى عيادة هارفارد النفسية فى عام ١٩٣٥. وتتكون الصورة الأكثر شيوعاً لهذا الاختبار – التى ابتكرها موراى فى عام ١٩٤٣ – من ثلاثين صورة سوداء وبيضاء، وتعرض كل منها الناس فى موقف متوسط نوعاً ما. وينتقى الإكلينيكيون البطاقات التى يشعرون أنها وثيقة الصلة بالفرد الذى يأخذ الإختبار. وتوجد كذلك صورة الإختبار الخاصة بالأطفال، أو CAT التى لها صور أكثر إثارة لإهتمامات الأطفال (Bellak & Bellak, 1952) .

ويتم عرض صورة واحدة كل مرة على الناس الذى يجرى معهم «التات»، ويطلب منهم أن يألفوا قصة درامية عنها، مقررة مايحدث فى الصورة، وماالذى أدى إليها، وماهى الشخصيات التى تشعر وتفكر وماهى النتيجة التى ستكون للموقف، وينبغى أن تكون للقصة بداية ونهاية. ويلى ذلك مرحلة الاستفسار لتوضيح الاستجابات .

ويعتقد الإكلينيكيون الذين يستخدمون «إلتات» أن الناس يتوحدون مع أحد الشخصيات فى كل بطاقة. وأن الشخصية التى تسمى البطل، لها إحتياجات وتواجه متطلبات بيئية معينة أو ضغوط. وفى قصصهم، يُعتقد أن الناس يعبرون عن ظروفهم، وإحتياجاتهم، وضغوطهم، وإنفعالاتهم، وإدراكاتهم الخاصة عن الواقع والخيال. على سبيل المثال، تبدو عميلة أنها متوحدة بالبطل وتكشف عن مشاعرها فى قصتها عن صورة «إلتات» المبينة فى الشكل (٩)، وأحد صور التات القليلة التى سمح بأن تُعرض فى المراجع هى ماوردت فى الشكل التالى .



شكل (٩) إحدى صور اختبار تفهم الموضوع (TAT)

هذه إمرأة كانت فى حيرة تامة بسبب ذكريات أم كانت مستاءة تجاهها. ولديها مشاعر أسى بسبب الطريقة التى عاملت بها أمها، وذكرياتها عن أمها تزعجها. وتبدو هذه المشاعر أنها تتزايد كلما تتقدم فى العمر وترى أطفالها يعاملونها بنفس الطريقة التى عاملت بها أمه (Aiken, 1985: 372).

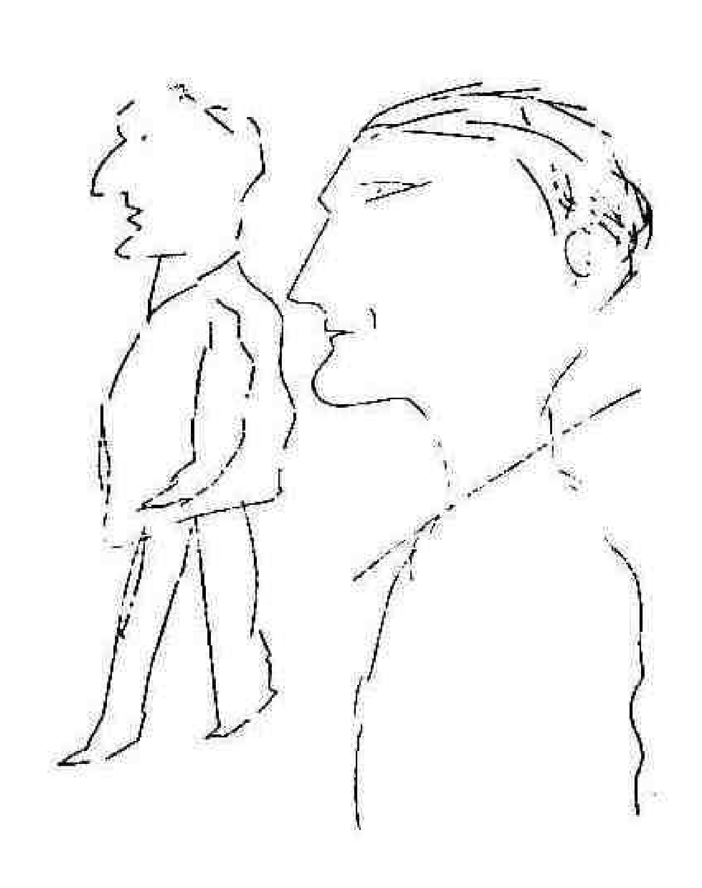
ويقوم الإكلينيكيون بتقويم استجابات التات بالنظر ليس فقط فى محتوى القصص ولكن كذلك فى الأسلوب الذى يستجيب فيه الشخص للبطاقات، بصفة عامة الاستجابات البطيئة أو المؤجلة، على سبيل المثال، يعتقد أنها تشير إلى الاكتئاب، أما التحذير المفرط والإنغماس فى التفاصيل يعتقد أنه يوحى بأفكار حوازية وترددية (Aiken, 1985) .

**إختبار إكمال الجمل:** إبتكر إختبار إكمال الجمل بداية منذ أكثر من سبعين سنة (Payne, 1928). وهو يتكون من سلسلة من جمل غير منتهية يُطلب من الناس أن يكملوها مثل (أنا أرغب...) أو (والدى ...). وإبتكرت صور متنوعة لمجموعة عمرية مختلفة. ويمكن أن يُجرى الاختبار بدون وجود فاحص. وهو يعتبر نقطة إنطلاق جيدة للمناقشة وطريقة سريعة وسهلة لمحاور بالغة الدقة يجب أن يتم كشفها.

**الرسومات:** بافتراض أن الرسم يخبرنا بشىء ما عن مبدعه، فإن الإكلينيكيين غالباً مايسألون العملاء لأن يرسموا أشكالاً بشرية ويتحدثون عنها، وتقوم تقويمات هذه الرسومات على جودة شكل الرسم، وصلابة خط القلم الرصاص، وموقع الرسم على الورقة، وحجم الأشكال، وملامح الأشكال، وإستخدام الخلفية والتعليقات التى يوجهها المستجيب خلال مهمة الرسم.

**اختبار رسم الشخص The Draw - a - Person Test:** هو اختبار الرسم الأكثر شيوعاً بين الإكلينيكيين (Machouer 1949). ويُطلب

من الأشخاص بداية أن يرسموا شخصاً، وإذا تم ذلك، يُطلب منهم أن يرسموا شخصاً آخر من الجنس الآخر. وتتضمن النظريات الخاصة بهذه الرسومات فكرة أن رأساً كبيرة أو صغيرة على نحو غير متناسب قد تعكس مشاكلاً فى الأداء العقلى، والتوازن الاجتماعى، أو ضبط الدفعات الجسمية، وتشير الأعين المبالغ فيها إلى مستويات مرتفعة من التشككات. والشكل (١٠) هو شكل مرسوم بواسطة رجل مكتئب .



شكل (١٠) شكل مرسوم بواسطة رجل مكتئب

ويبـدو في الرسم السـابق أنه تم رسم الشكل الكبيـر أولاً، وبعـد ذلك حينما رأى أنه لايمكن أن يكمل الشكل الكامل على الصفحة، فقد رسم الشكل الأصغر. وتوقف بين لحظة وأخرى، نظر إلى كل من الشكلين، وقـال أن الشكل الأكبر ينقصـه ياقـة، وإلتقط القلم الرصـاص ورسم الياقة بضـرب القلم عبر الحلق الخاص بالذكر المرسوم. لقد كان تقريباً كما لو ... كان المريض ينتحر على الورق (Hammer, 1981: 170) .

**قيمة الاختبارات الإسقاطية:** في الخمسينات، كان من المحتمل أن الاختبـارات الإسـقـاطيـة تعـتـمـد على المؤشـر الأولى لشـخـصـيـة العـمـيل. وفي السنوات الحـديثـة، عالج الإكلينيكيـون والبـاحـثـون هـذه الأدوات بشكل أكـثـر كمـصـادر للاسـتـبـصـارات المتكاملة الخـاصـة بعـمـلائهم (Anastasi, 1982; Lerner & Lerner, 1988) .

وأحد الأسباب بالنسبة لهذا الإنتقال هو أن الممارسين والباحثين الذين تبنوا النماذج التي بزغت حديثاً قد وجدوا أن هذه الأنواع من الإختبارات أقل نفعاً مما لدى الإكلينيكيين والفاحصين السيكوديناميين (Kline, 1993). وعلى نحو أكثر أهميـة، لم توضـح الاخـتـبـارات على نحـو نمطي المسـتـويات المؤثرة للثبات والصدق (Lanyon, 1984) .

كما كشفت دراسات الثبات التي طلب فيها من إكلينيكيين عديدين أن يصححوا الإختبار الإسقاطي لنفس الشخص عن وجود إتفاقاً منخفضاً نسبياً (أي، ثبـاتاً منخـفـضـاً بين المقـدرين) بين درجـات الإكلينيكيين (Little & Shneidman, 1959). ورغم ذلك، توجـد الإجراءات المقننة لتطبيق وتصـحـيح الإخـتـبـارات الإسـقـاطيـة التي يمكن أن تحسن الاتسـاق إذا إسـتـخـدمـهـا كل المـمـارسين (Exner, 1993) ، ولكن لم تكسب أي من هذه الإجـراءات قـبـولاً واسعاً (Kline, 1993).

وقد تحدت أبحاث مماثلة صدق الإختبارات الإسقاطية (Kline, 1993). وقد أعطى باحثون عديدون للإكلينيكيين الاستجابات الخاصة بعينات إكلينيكية للاختبارات الإسقاطية وطلبوا منهم أن يصفوا الشخصيات والمشاعر التى كشفت عنها الاستجابات (Golden, 1964). وقورنت الأوصاف بأوصاف نفس الأشخاص المقدمة بواسطة معالجيهم أو جُمعت من تواريخ مكثفة للحالات. وأثبتت الاستنتاجات المستخرجة من الاختبارات الإسقاطية عدم دقتها على نحو متكرر .

ومشكلة صدق أخرى هى أن الاختبارات الإسقاطية تكون متحيزة أحياناً ضد الأقليات العرقية. على سبيل المثال، يفترض أن الناس يتوحدون مع الشخصيات فى إختبار تفهم الموضوع (TAT) حينما يؤلفوا قصصاً عنهم، ومع ذلك، ليس أى من الأشخاص الموصوفة هى أعضاء فى أقليات عرقية. وإستجابة لهذه المشكلة إبتكر بعض الإكلينيكيين صوراً جديدة للاختبارات الموجودة، مثل اختبار تفهم الموضوع TATمع أشخاص أمريكيين من أصل إفريقى، كما صمموا إختبارات جديدة كلية للإستخدام مع مجموعة خاصة، مثل أخبرنى – بقصة – (TEMAS) للأشخاص من أصل أسبانى (Costantino, 1986) .

وإذا ماسلمنا بإنخفاض الثبات والصدق للإختبارات الإسقاطية وغياب البيانات المعيارية الملائمة التى يتم بها تقييم إستجابات الأشخاص فإن الإكلينيكيين يميلون إلى أن يرجعوا مرة ثانية إلى «خبرتهم الإكلينيكية العامة» لتفسير الأداء على الاختبارات الإسقاطية (Kline, 1993). وهكذا فإن تفسيراتهم تكون فى بعض الأحيان ذاتية ومتحيزة .

**قوائم الشخصية: Personality Inventory** : إن المجال البديل لفهم العملاء الفرديين هو ببساطة مطالبتهم بتقييم أنفسهم بإستيفاء قوائم. وأحد أنواع القوائم هي قائمة التقرير الذاتي الواسعة أو قائمة الشخصية Personality inventory : التي تسأل المستجيبين سلسلة واسعة من الأسئلة عن سلوكهم وإعتقاداتهم ومشاعرهم. وتتكون القائمة النمطية للشخصية من سلسلة واسعة من الجمل، ويطلب من الأشخاص أن يشيروا إلى ماإذا كانت أو لم تكن الجمل تنطبق عليهم. وحينئذ يستخدم الإكلينيكيون الاستجابات لإستخراج نتائج واسعة عن الأداء النفسي للشخص. وهذه القوائم مصممة لتحديد سمات الشخصية وتأسيس الاحتياجات الانفعالية، ولذلك فهي تستخدم بواسطة الإكلينيكيين السيكوديناميين أكثر من إستخدامها بواسطة أولئك ذوي التوجهات الأخرى .

وقد إبتكرت قوائم الشخصية الأولى لفحص المجندين خلال الحرب العالمية الأولى، حينما كان الجيش يبحث عن طريقة سريعة لتحديد وإستبعاد الأفراد ذوي الاضطرابات العقلية الكامنة. وإحداها كانت قائمة وود وورث للبيانات الشخصية Woodwarth Personal Data Sheet التي تكونت من ١١٦ سؤالاً يجاب عنها (بنعم) أو (لا) عن كل أنواع المشاكل النفسية الممكنة من الكوابيس إلى الرهابات. وقد أدت هذه الأداة المبكرة إلى درجة منفردة إفترض أنها تشير إلى المستوى الذي كان الفرد يؤدي عنده. ولم يعد يعتنق الإكلينيكيون رأياً مبسطاً لهذا الخاص بالشخصية وطوروا منذ ذلك الحين قوائم شخصية أكثر وصفية .

## قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية:

**Minnesata nultiphasic Personality Inventory**

هى إلى حد بعيد قائمة الشخصية المستخدمة على أوسع نطاق (Colligan & Offerd, 1992) . ويتاح صورتان من هذا الاختبار - الاختبار الأصلى المنشور فى عام ١٩٤٥ بواسطة الأخصائيين النفسيين ستارك هاثاواى و ج. س. ماك كينلى Starke Hathaway & J. C. Mckinley. وقائمة الشخصية المتعددة الأوجه الثانية MMPI-2، تلك الصورة التى أعدت عام ١٩٨٩ تحت إشراف فريق من الأخصائيين النفسيين (Butcher, 1990; Butcher et al., 1990). وفى الوقت الحالى تتنافس الصورتان لصالح الإكلينيكيين (Clavelle, 1992) .

وتتكون قائمة الشخصية المتعددة الأوجه MMPI التقليدية من ٥٥٠ عبارة تختص بمجالات عديدة للأداء الشخصى، تشمل الاهتمامات البدنية، والمزاج، والمعنويات، والاتجاهات نحو الدين، والجنس، والنشاطات الاجتماعية، والأعراض الممكنة للاختلال النفسى الوظيفى، مثل الرهابات والهلاوس.

وقد بُنيت القائمة من خلال تجميع كميات كبيرة من العبارة من مقاييس موجودة من قبل خاصة بإتجاهات شخصية واجتماعية، ومن كتب أكاديمية، ومن إجراءات أخذ الحالة الطبية والعصبية، ومن أشكال فحص طبنفسية. وبعد ذلك، سأل المؤلفون ٧٢٤ شخص عادى (سوى) (من زائرى المستشفيات) و ٨٠٠ مريض نفسى داخليين بالمستشفى للإشارة إلى ماإذا كانت أو لم تكن كل عبارة تنطبق عليهم. وأدمجت فقط تلك العبارات التى ميزت الأشخاص المدخلين فى المستشفى من الأشخاص العاديين فى القائمة. على سبيل المثال، لأن معظم المرضى المكتئبين أجابوا (بنعم) على العبارة «غالباً ماأشعر باليأس بخصوص

المستقبل» في حين أن معظم الأشخاص غير المكتئبين أجابوا (بلا)، وضُمنت العبارة في قائمة الشخصية المتعددة الأوجه .

وتكون البنود في قائمة الشخصية المتعددة الأوجه عشرة مقاييس إكلينيكية :

١ - توهم المرض Hypoochondriasis أو (HS). ويتضمن ٣٢ بنداً، يظهر فيها المرض إهتماما شاذاً بالوظائف الجسمية. على سبيل المثال، البند «أشعر بآلام في الصدر مرات عديدة أسبوعياً»، فسوف يجاب عليها باعتبارها حقيقية .

٢ - الاكتئاب Depression أو (D). ويتضمن ٦٠ بنداً مشتقة من المرضى الذين يظهرون تشاؤماً متطرفاً، ومشاعراً باليأس، وبطئاً في التفكير والعمل «أشعر عادة أن الحياة مشوقة وجديرة بالإهتمام»، فهذه العبارة سوف يجاب عنها باعتبارها غير حقيقية .

٣ - هستيريا تحولية Conversion Hysteria أو (HY). ويتضمن ٦٠ بنداً مشتقة من المرضى الذين يستخدمون أعراضاً بدنية ونفسية كطريقة لتجنب صراعات ومسئوليات صعبة بشكل لاشعوري «قلبي يدق بشكل متكرر بشدة جداً لدرجة أنني أستطيع أن أشعر به» سوف يجاب عنا باعتبارها حقيقية .

٤ - انحراف سيكوباتي Psychopathic deviate أو (PD). ويتضمن ٥٠ بنداً تم إشتقاقه من المرضى الذين يظهرون نبذاً متكرراً ومستهتراً للعادات الاجتماعية، وسطحية الانفعالات، والعجز عن التعلم من الخبرات العقابية «نشاطاتي واهتماماتي تُنتقد من الآخرين»، وهذه العبارة سوف يجاب عليها بإعتبارها حقيقية .

٥ – الذكورة الأنوثة Masculinity - Femininity أو (MF). ويتضمن ٦٠ بنداً تميز بين المستجيبين والمستجيبات. «أحب أن أرتب الزهور». فسوف تشير هذه العبارة إلى الأنوثة إذا أُجيب عليها حقيقة .

٦ – بارانويا Paranoia أو (Pa) ويتضم ٦٠ بنداً مشتقة من المرضى الذين يظهرون تشككاً شاذاً وهذاءات عظيمة أو اضطهاد. مثل «يوجد أناس شريرون يحاولون أن يؤثروا في عقلي». وسوف تلقى هذه العبارة إستجابة باعتبارها حقيقية .

٧– السيكاثينيا Psychasthenia أو (Pt). ويتضمن ٤٨ بنداً مشتقة من المرضى الذين يظهرون أفكاراً جوازية وأفعال قهرية ورهابات وذنباً وتردداً. مثل «أدخر تقريباً كل شيء أقوم بشرائه، حتى بعد أن لاتكون لي حاجة لاستخدامه من أجلها». وهذه العبارة سوف يستجيب لها المفحوص باعتبارها حقيقية .

٨– الفصام Schizophrenia أو (Sc). ويتضمن ٧٨ بنداً مشتقة من المرضى الذين يظهرون أفكاراً أو سلوكيات مضحكة أو غير عادية، والذين يكونوا منسحبين غالباً أو يخبرون هذاءات وهلاوس. مثل «توجد أشياء حولي لاتبدو حقيقية» و«وجود الناس بالقرب مني يجعلني غير مستريح» ويجاب على تلك العبارتين باعتبارهما حقيقيتين .

٩ – الهوس الخفيف Hypomania أو (Ma). ويتضمن ٤٦ بنداً مشتقة من المرضى الذين يتميزون باضطراب إنفعالي، ونشاط مفرط، وطيران الأفكار. مثل «في أوقات أشعر إني سعيد جداً أو تعس جداً بدون سبب واضح». وسوف يجاب على تلك العبارة باعتبارها حقيقية .

١٠– الانطواء الاجتماعي Social introversion أو (Si). ويتضمن ٧٠ بنداً مشتقة من الأشخاص الذين يظهرون الخجل، والاهتمام القليل بالناس،

وعدم الأمان، مثل «أقضى وقت حياتى فى الحفلات». فيمكن أن يجاب على تلك العبارة بأنها غير حقيقية .

**مجموعات الاستجابات وقائمة الشخصية متعددة الأوجه:**

يقترب كل شخص من قائمة التقرير الذاتى مثل قائمة الشخصية متعددة الأوجه MMPi بمجموعة استجابات خاصة، وميل لأن يستجيب بطرق ثابتة. وإحدى مجموعات الاستجابات قد تكون الإذعان، ووصف الناس الذين يميلون للاستجابة للعبارات بصرف النظر عن محتواها (قائلون - نعم)، وأخرى قد تكون مرغوبية إجتماعية ومجموعات الاستجابات الخاصة بأولئك الذين يحاولون أن يجيبوا بطرق يعتقدون أنها مقبولة إجتماعياً. وعلى نحو واضح، إذا كانت إجابات الناس تتأثر بشدة بمجموعتهم الاستجابية، فإن درجاتهم على قائمة الشخصية متعددة الأوجه سوف تكون مضللة. وهكذا، فإن ثلاثة مقاييس إضافية قد كانت مؤسسة فى قائمة الشخصية متعددة الأبعاد لكشف مثل هذه المؤثرات .

ومقياس الكذب Lie scale أو (L) يتكون من بنود تختبر ماإذا كان شخص يحاول أن يُنظر إليه بطريقة مفضلة. والناس الذين يواصلون إجابة حقيقية على مثل هذه البنود «إنى أبتسم لكل شخص أقابله» ويجيبون إجابة أخرى بغير حقيقة على بنود مثل «أثرثر قليلاً فى بعض الأحيان»، فإنهم يحصلون على درجة مرتفعة على مقيا الكذب. ويتكون مقياس التكرار Frequency scale أو (F) من بنود يستجيب لها كل فرد تقريباً بنفس الطريقة مثل «كل شىء يبدو نفس الشىء» (الإجابة هنا تكون غير حقيقية) أو «أتمتع بالأطفال (الإجابة هنا تكون حقيقية). والناس الذين يستمرون فى الإجابة على هذه البنود بطريقة غير عادية يُنظر إليهم كآخذين غير مبالين

بالاختبار. وفى النهاية، يشتمل مقياس الدفاعية Definsiveness Scale على البنود التى تشير إلى ماإذا كان الناس يحمون صورتهم فى استجاباتهم. وإذا ماستمروا فى الإجابة (غير حقيقية) لبنود مثل «أشعر بالضيق حينما ينتقدني الناس» فإنه سوف يُنظر إليهم كمقاومين للاعتراف بالمشاكل .

وتعرف المقاييس السابقة (K - F - L) بمقاييس الصدق، والتى إذا كانت درجات الفرد مرتفعة عليها، فإن الإكلينيكيين قد يغيروا إستنتاجاتهم الخاصة بقائمة مينسوتا أو يعتبرون أن نتائج الاختبار غير صادقة. وتعتبر قائمة مينسوتا الثانية MMPI -2 الصورة الجديدة لقائمة مينسوتا الأصلية MMP 1 والتى تحاول أن تجدد وتوصل الأصل مع المحافظة على تلك البنود وتصحح التقنيات التى يكون إكلينيكيون كثيرون على ألفة بها ويجدوها نافعة. وتحتوى تلك القائمة على ٥٦٧ بنداً، كثير منها مطابقة لتلك التى فى القائمة الأصلية. وبعضها معاد كتابتها لتعكس اللغة المعاصرة (المعدة المضطربة) على سبيل المثال، تستبدل بعبارة (حموضة فى المعدة)، وأخرى جديدة كلية. وبالإضافة إلى المقاييس الأساسية الإكلينيكية العشرة، التى هى نفس الشىء كما فى القائمة الأصلية، تضيف القائمة الثانية MMPI -2 عدداً من الأشياء مثل الاستهداف لاضطرابات الأكل، والميل لإساءة إستخدام العقاقير، والأداء السيء فى العمل.

وقد رحب كثير من الإكلينيكيين بقائمة مينسوتا الثانية MMPI-2 كتحسين قيم وتحديث ملائم. ومع ذلك، يعتقد آخرون أن الاختبار الجديد له تصدع جوهرى وقد لايكون على الإطلاق بديلاً كافياً للأصل. وإحدى الشكاوى هى أن العينة المقاسة للاختبار الجديد كانت فيما يبدو أكثر تعليماً وتضمنت مهنيين أكثر من المجتمع بصفة عامة، والاهتمام الآخر هو أن الجزء الكبير من

البحث الذى أجرى على قائمة مينسوتا الأصلية للشخصية، قد لايكون قابلاً للتطبيق على قائمة مينسوتا الثانية للشخصية .

علاوة على ذلك، توجد إشارات بأن عدداً من الأشخاص الذين يأخذون كلاً من صورتى الاختبار يحصلون على درجات مختلفة على الاختبارين مستوى مرتفعاً من الاكتئاب على إحدى الصورتين، ودرجة عادية على الآخر (Harrell et al., 1992). والآن يدرس الباحثون هذه الموضوعات، ولم يتوصلوا إلى قرار بعد فى هذا الشأن. وحتى ذلك الحين، فإن بعض الإكلينيكيين على الأقل يستخدمون كلتا الصورتين للاختبار، ويبذلون المجهود لتحديد الجدارة النسبية لهما (Clavelle, 1992) .

**قيمة قوائم الشخصية:** إن لقائمة الشخصية متعددة الأوجه وقوائم الشخصية الأخرى مميزات عديدة تفوق الاختبارات الإسقاطية. إنها إختبارات ورقة – و – قلم لاتأخذ وقتاً طويلاً فى التطبيق، وتصحح بشكل موضوعي وسهل. والأكثر أهمية، أن هذه القوائم مقننة بشكل عادى، بحيث أن درجات أحد الأشخاص يمكن أن تقارن بدرجات آخرين كثيرين .

وبالإضافة إلى ذلك، فإن قوائم الشخصية تعرض عادة ثباتاً بإعادة الاختبار أكبر من الاختبارات الإسقاطية، والناس الذين يُجرى عليهم قائمة الشخصية متعددة الأوجه مرة ثانية بعد فترة أقل من أسبوعين يتلقون نفس الدرجات على نحو التقريب، ووجدت دراسات متنوعة معامل ثبات يتدرج من ٧٠ر إلى ٨٥ر (Graham, 1977, 1987) وبعد فترة سنة أو أكثر، ينخفض معامل الثبات بإعادة الاختبار إلى ٤٠ر٠ تقريباً، ولكن هذا الإرتباط لازال ارتباطاً مؤثراً حينما نتذكر أن الوضع النفسى يحتمل تماماً أنه يتغير فى غضون سنة.

وتبدو قوائم الشخصية كذلك أن لها صدقاً أكبر من الاختبارات الإسقاطية، إلى حد أن الإكلينيكيين يستطيعون تقييم سمات المستجيبين الشخصية بدقة أكثر (Graham & Lilly, 1984) .

ولمقارنة الطريقتين، طلب فاحصون من إحدى مجموعات خبراء الاختبارات أن يتنبأوا بما هو عدد الناس الذين كانوا يبلغون على أساس استجاباتهم على قائمة مينسوتا المتعددة الأوجه للشخصية ومجموعة أخرى من الخبراء يقومون بتنبؤات عن نفس الناس على أساس استجاباتهم على الاختبارات الإسقاطية (Little & Shneidman, 1959) .

وعلى أية حال، فإن قوائم الشخصية يمكن بصعوبة إعتبارها أدوات اختبار صادقة على نحو مرتفع (Kline, 1993) وحينما يستخدم الإكلينيكيون هذه الاختبارات وحدها، فإنهم لايكونوا قادرين على نحو متسق على أن يحكموا على شخصية الفرد بدقة (Shedler et al., 1993). وإحدى المشاكل هي الطبيعة الدقيقة لما تحاول الاختبارات أن تقيسه. وجودة وسمات قوائم الشخصية التي تزعم أنها تقيس ليست وحدات بدنية يمكن التحقق من وجودها وقوتها مباشرة. وكيف يمكن أن نعرف حقيقة خاصية وعمق انفعالات أو احتياجات شخص عندما تكون الإشارات الوحيدة التي لدينا هي كلمات وأفعال الشخص؟ والمشكلة الأخرى التي تؤثر في صدق اختبارات الشخصية هي عدم قدرتها على أخذ الفروق الثقافية في الاعتبار. واستجابات الاختبار التي توحي باضطراب نفسي في إحدى الثقافات قد تكون استجابات عادية في ثقافة أخرى. على سبيل المثال، في إحدى الثقافات يكون من الشائع الاعتقاد في وممارسة الروحانيات، ولذلك قد يكون طبيعياً بالنسبة لشخص يتبع ذلك، فنجد أنه يجيب حقيقي لبند لقائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية «تمتلكني

الأرواح الشريرة فى بعض الأوقات». ولكن قد يزعم هذا على أنه مرض نفسى فى ثقافات أخرى (Rogler et al 1989).

وبالرغم من قصور قوائم الشخصية، إلا أن قائمة الشخصية متعددة الأوجه وقوائم الشخصية الأخرى تستمر فى أن تكون أدوات تقييم شائعة جداً. وبالرغم من أنها قد لاتساعد دائماً الإكلينيكيين فى تحديد اضطرابات معينة، فإن البحث يوحى بأنها يمكن أن تكون نافعة كوسائل غربلة ماهرة جداً للمساعدة فى كشف إختلال وظيفى عام (Bellack & Herson, 1980). علاوة على ذلك، تشير دراسات عديدة إلى أنه عندما تُستخدم قوائم الشخصية متوازية مع مقابلات أو أدوات تقييم أخرى، فإنها يمكن أن تساعد الإكلينيكى على استنتاج صور أوضح لسمات واضطرابات الناس (انظر مثلاً: (Levitt, 1989) .

**قوائم التقارير الذاتية الضيقة Narrow self - report inventories**: يستخدم كذلك الإكلينيكيون السلوكيون والمعرفيون قوائم تقرير ذاتى فى تقويماتهم (Kendall, 1990). ولكن على خلاف القوائم الواسعة للشخصية المستخدمة بواسطة الإكلينيكيين السيكوديناميين والإنسانيين، فإن قوائمهم الخاصة بالورقة والقلم تصمم عادة لجمع معلومات مفصلة عن أحد مجالات الأداء الضيقة، وغرضهم هو مساعدة الإكلينيكيين على إكمال تحليل وظيفى لاضطراب عميل ما وبذلك يستطيعون أن يشيدوا برنامج علاج سلوكى أو معرفى ملائم. وتوجد قوائم لقياس الوجدان (الانفعال) والمهارات الاجتماعية، والعمليات المعرفية، والتدعيمات .

**القوائم الوجدانية Affective Inventories**: تقيس تلك القوائم شدة مثل هذه الانفعالات كالقلق، والاكتئاب، والغضب. والقائم الوجدانية

المستخدمة على أوسع نطاق هى قائمة مسح الخوف، المبينة فى الجدول رقم (١) التى يقدر فيها الناس إلى أى حد يخافون أشياء ومواقف متنوعة (Geer, 1965; Lang1985) .

**جدول (١) يوضح قائمة الحصر الجزئى للخوف**

أشر إلى أى حد تخبر من الخوف حينما تواجه مايلى :

| البند | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ - موضوعات جارحة | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |
| ٢ - كونك مسافراً فى سيارة | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |
| ٣ - أجسام ميتة | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |
| ٤ - اختناق | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |
| ٥ - الفشل فى الإختبار | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |
| ٦ - الظهور بمظهر غبى | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |
| ٧ - كونك مسافراً فى طائرة | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |
| ٨- الدود | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |
| ٩ - مجادلة الوالدين | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |
| ١٠- الفئران | لاشيء | قليل جداً | قليل | بعض | كثير | كثير جداً | مرعب |

**المصدر** : (Geer, 1965)

أما قوائم المهارات الاجتماعية، فتطلب من المستجيبين أن يشيروا إلى كيف يمكن أن يتفاعلوا فى مجموعة متنوعة من المواقف الإجتماعية، ويستخدم الإكلينيكيون هذه المواقف، مثل قائمة مسح السلوكيات التوكيدية الموضحة فى الجدول رقم (٢)، لتقويم المهارات الاجتماعية للشخص، ونقاط العجز، والمخاوف، وتحديد الدور الذى تلعبه هذه العوامل فى اضطراب الشخص.

جدول (٢) يوضح قائمة الحصر الجزئي للخوف

ماذا يمكن أن تفعل فى المواقف التالية؟ضع دائرة حول الرقم ١ أو ٢ أو ٣.

(أ) فى أحد المطاعم، قمت بطلب أكلتك المفضلة. وحينما تحضر لاتكون مطهية طبقاً لرغبتك .

١ – تخبر الجرسون أنها ليست مطبوخة طبقاً لما تحب وتجعله يأخذها مرة ثانية ليطبخها طبقاً لما تحب أو تتذوق.

٢ – تشكو من أنها ليست مطبوخة طبقاً لما تتذوق أو تحب، ولكنك تقول أنك سوف تأكلها على أية حال .

٣ – لاتقول شيئاً.

(ب) كنت تنتظر فى صف لشراء تذكرة، وقد وجدت شخصاً مايأتى أمامك.

١ – تقول إنه دورك وتتقدم أمامه .

٢ – تقول إنه دورك، ولكنك تترك الشخص يذهب قبلك .

٣ – لاتقول شيئاً .

جـ –في متجر كبير، تنتظر فى صف عند طاولة مراجعة المخرجات (الكاشير) وقد وجدت شخصاً مايتقدم أمامك .

١ – أنت تقول «إنى آسف ولكننى هنا أولاً» وتأخذ دورك .

٢ – أنت تقول، «إني آسف، ولكني كنت هناك أولاً»، ولكنك تترك الشخص يتقدم .

٣ – لاتقول شيئاً .

المصدر: (Cautela & Upper, 1976)

وتكشف القوائم المعرفية Cognition inventories أنواع الأفكار والافتراضات التي تكون نمطية للعميل (Burgess & Haaga,1994).

وتُستخدم هذه القوائم لكشف الأفكار والنماذج غير المثمرة من التفكير والتي يعتقد الإكلينيكيون المعرفيون أنها أساس الأداء الشاذ .

وتتطلب قوائم التدعيم Reinforcement inventories من العملاء أن يقرروا طبيعة وشدة وتكرار تدعيمات متنوعة في حياتهم. وفي قائمة مسح التدعيم – على سبيل المثال – يقرر المستجيبون على مقياس من خمس نقاط مدى السرور الذي يتلقونه من مثيرات مختلفة، مثل أكل أطعمة خاصة، والاستماع إلى أنواع مختلفة من الموسيقى، والقراءة، واللعب، والرياضة، والتسوق، والتحدث مع الناس، وممارسة الجنس (Cautela &Kastebaum, 1967). و يقدرون كذلك إلى أي مدى سوف يستمتعون بكونهم في مواقف مثل مايلي :

لقد أكملت للتو عملاً صعباً. رئيسك يمر بك ويمتدحك بشدة من أجل «عمل أنجز على نحو جيد». ويوضح كذلك أن مثل هذا العمل الجيد سيكافئ عليه بأسرع مايمكن .

ويستخدم السلوكيون قائمة مسح التدعيم كمصدر خاص بإشارات إلى الأشخاص والمواقف التي قد تدعم السلوكيات المختلة لدى عملائهم. وهي تخبرهم كذلك ماهي أنواع المكافئات التي يمكن أن تكون فعالة في برنامج العلاج السلوكي للعميل .

ومثل قوائم الشخصية، فإن القوائم الضيقة للتقرير الذاتي تجمع المعلومات مباشرة من الأشخاص أنفسهم، ولها بذلك صدق سطحي قوي وكفاءة بادية. ونتيجة لذلك، فإن كلاً من عدد هذه الاختبارات وعدد الإكلينيكيين الذين يستخدمونها قد زادا بثبات في العقدين الماضيين. وفي نفس الوقت، فإن القوائم الضيقة لديها حدود دالة (Shedler et al., 1993). أولاً، على خلاف

قوائم الشخصية. فإنها نادراً ماتحتوى على مقاييس لها مجموعات استجابات المســاعـدة على تحـديد مـا إذا كـان الناس يهـملون أو غـيـر دقـيـقين فى استجاباتهم. ثانياً: قد كانت قوائم تقرير ذاتى سلوكية أو معرفية قليلة نسبياً خاضعة لإجراءات تقنين، وثبات وصدق صارمة (Sanderman & Ormel, 1992). ويوحى تعدد مسح الإكلينيكيين بأن قوائم التقرير الذاتى ترتجل كلما نشأت الحاجة إليها بدون أن تختبر للدقة والإتساق (Wade et al., 1979).

الاختبارات النفسفسيولجية Psychophysiological Tests:

خلال العقد الأخير من القرن العشرين استخدم إكلينيكيون أكثر وأكثر اختبارات تقيس استجابات فسيولوجية (Stoyva & Budzynski, 1993). وبدأ الاهتمام بالمقاييس النفسفسيولوجية حينما أوصت عدد من الدراسات بأن حالات القلق تصحب بانتظام تغيرات فسيولوجية مثل زيادات فى معدل ضربات القلب، ودرجة حرارة الجسم، وضغط الدم، والمقاومة الكهربائية فى الجلد (استجابة الجلد الجلفانية)، وانقباض العضلات (Boulougouris et al 1977) (Trautt, 1977; May, 1977; ). ولأن مقاييس هذه التغيرات النفسفسيولوجية كانت أكثر دقة من المقابلات، والاختبارات الاسقاطية، والتقارير الذاتية، وهكذا، فإن الإكلينيكيين السلوكيين والمعرفيين بدأوا يضمونها فى تحليلاتهم الوظيفية لاضطرابات القلق (Lang, 1985' Cook et al., 1988).

وتستخدم القياسات النفسفسيولوجية على نطاق واسع فى تقويم وعلاج الاضطرابات الجنسية (Hall et al. 1988). وأداة الاختبار المسماة المضخة المهبلية Vaginal Plethysmograph – على سبيل المثال – تستخدم لقياس الاستثارة الجنسية لدى النساء. وهذه الأداة عبارة عن مسبار صغير

على شكل صمام له ضوء فى نهايته، توضع فى مهبل المرأة لقياس كمية الضوء المنعكس عن طريق الحائط المهبلى (Sintchak & Geer, 1975). ويزيد الضوء المنعكس حينما تتلقى شرايين الحائط دماً إضافياً – أى، حينما تستثار المرأة جنسياً. وتجد الدراسات أن هذه الأداة تكشف إختلافاً حينما يشاهد الأشخاص الإناث أفلاماً جنسياً (Heiman, 1977; Wincze & Lange 1981).

وكذلك الحال بالنسبة للرجال، فإن مضخة قضيبية Penill plethysmograph تسمى أحياناً معيار التوتر Strain gauge تستخدم لقياس الاستثارة الجنسية لدى الرجال (Heiman, 1977). كما قد كانت الاختبارات النفسفسيولوجية تستخدم فى تقييم المشاكل الطبية، مثل الصداع والتوتر الشديد (ضغط الدم المرتفع)، التى يظن أنها تتعلق بحالة الشخص النفسية، وكما هو معروف، فإن باحثين نفسيين إكتشفوا أن العناصر الفسيولوجية لهذه المشاكل يمكن أن تعالج أحياناً بتغذية راجعة بيولوجية Biofeedback، وهى تقنية يعطى فيها العميل معلومات منهجية عن استجابات فسيولوجية رئيسية كما تحدث وبذلك يتعلم تدريجياً أن يتحكم فيها (Norris & Fahrion, 1993). على سبيل المثال، حينما يعطى الذين يعانون من صداع التوتر تغذية راجعة مفصلة عن مستويات التوتر فى عضلات رؤسهم Head muscles، فإن كثير من الأفراد يمكن أن يتعلموا أن يرخون تلك العضلات إرادياً، وينخفض تكرار أصدعتهم.

وقد أصبح قياس التغيرات الفسيولوجية يتكامل مع تقييم كثير من الاضطرابات النفسية. ومثل أنواع أخرى من الاختبارات الإكلينيكية، فإن إختبارات نفسفسيولوجية تفترض وجود مشاكل بالنسبة للإكلينيكيين، وتكون

إحداها منطقية، وتتطلب معظم الاختبارات النفسفسيولوجية معدات تسجيل غالية يجب أن تصان بحذر وتقاس بخبرة (Nelson, 1981) .

والمشكلة الثانية هي أن قياسات نفسفسيولوجية يمكن أن تكون مضللة لأنها ليست دائماً مشيرة للحالة العادية للشخص. ومعدات المعمل نفسها - مؤثرة، وغير عادية ومرعبة أحياناً - ربما أثارت الجهاز العصبي للشخص ومن ثم تغير القراءات الفسيولوجية، علاوة على ذلك، فإن الاستجابات الفسيولوجية غالباً ما لوحظت تتغير عندما تقاس على نحو متكرر في جلسة منفردة. واستجابات الجلد الجلفانية غالباً ما تنقص بالقياس المتكرر (Montagu & Coles, 1966) وقد تقل الاستجابات الإستثارية التناسلية بسبب التعب (Abel, 1987).

وفي النهاية، يمكن أن تكون القياسات الفسيولوجية صعبة التفسير وغالباً ماتكون استجابات العملاء النفسفسيولوجية غير متسقة مع تقاريرهم الذاتية. وقد وجدت دراسات عديدة - على سبيل المثال - أن التقديرات الذاتية للأشخاص الإناث الخاصة باستثارتهم الجنسية تقاعست عن الارتباط عن قرب بقراءاتهم على المضخة ماعدا بالنسبة لحقيقة أن كلاً من التقارير الذاتية والمضخة أشارتا إلى أن المثيرات الشهوية كانت أكثر استثارة من المثيرات غير الشهوية (Van Dam et al., 1976). ولكن ماهو قياس الاستثارة الجنسية إذن، والذي يكون محل ثقة إكلينيكية؟ من ناحية، قد تكون التقارير الذاتية للاستثارة الجنسية خاضعة للخطأ، ولكن من ناحية أخرى، ألا يمكن أن لايكون قياس المشاعر الجنسية يشمل إدراك الشخص الخاص للإستثارة الجنسية؟

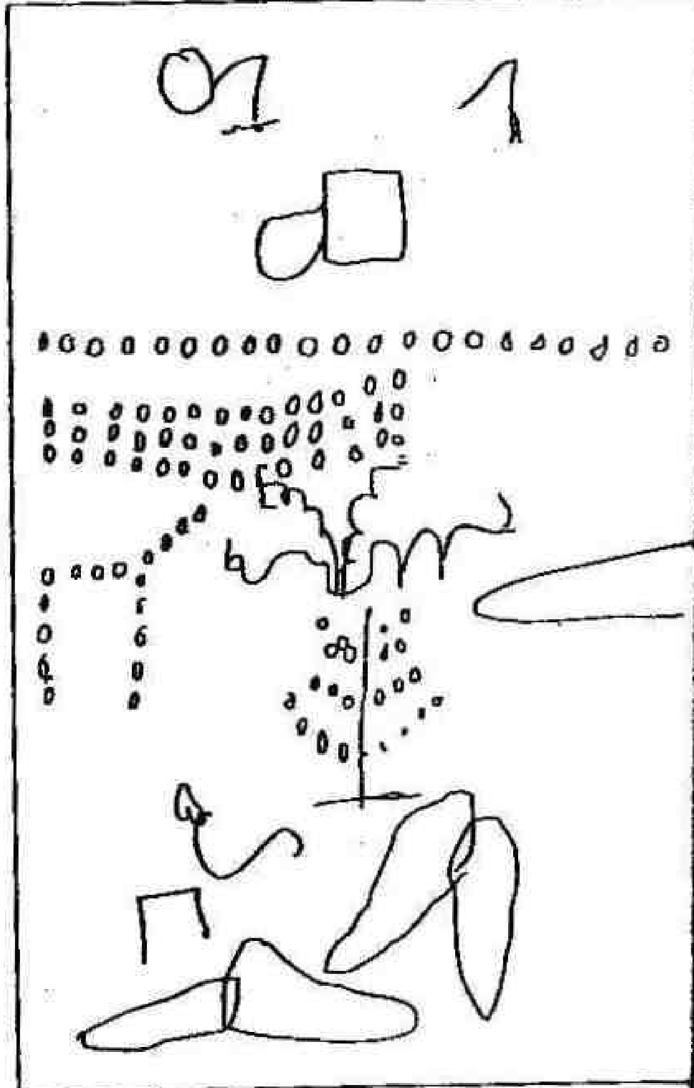
**الاختبارات النفسعصبية Neuropsychological Tests:** كما هو ملاحظ ومعروف، فإن بعض المشاكل فى الشخصية أو السلوك قد تكون ناتجة أساساً من تلف عصبى فى الدماغ أو تغيرات فى نشاط الدماغ. إن إصابة الرأس، وأورام الدماغ، وإختلال وظائف الدماغ، وأمراض الأوعية الدموية، والأمراض الإنحلالية Degenerative diseases، وإدمان الكحول، والإصابات يمكن أن تسبب جميعها مثل هذا التلف العضوى. وإذا ماعولج الاختلال النفسى الوظيفى بفاعلية، فإنه من المهم معرفة ماإذا كان ينبع أساساً من بعض الشذوذ الفسيولوجى فى الدماغ .

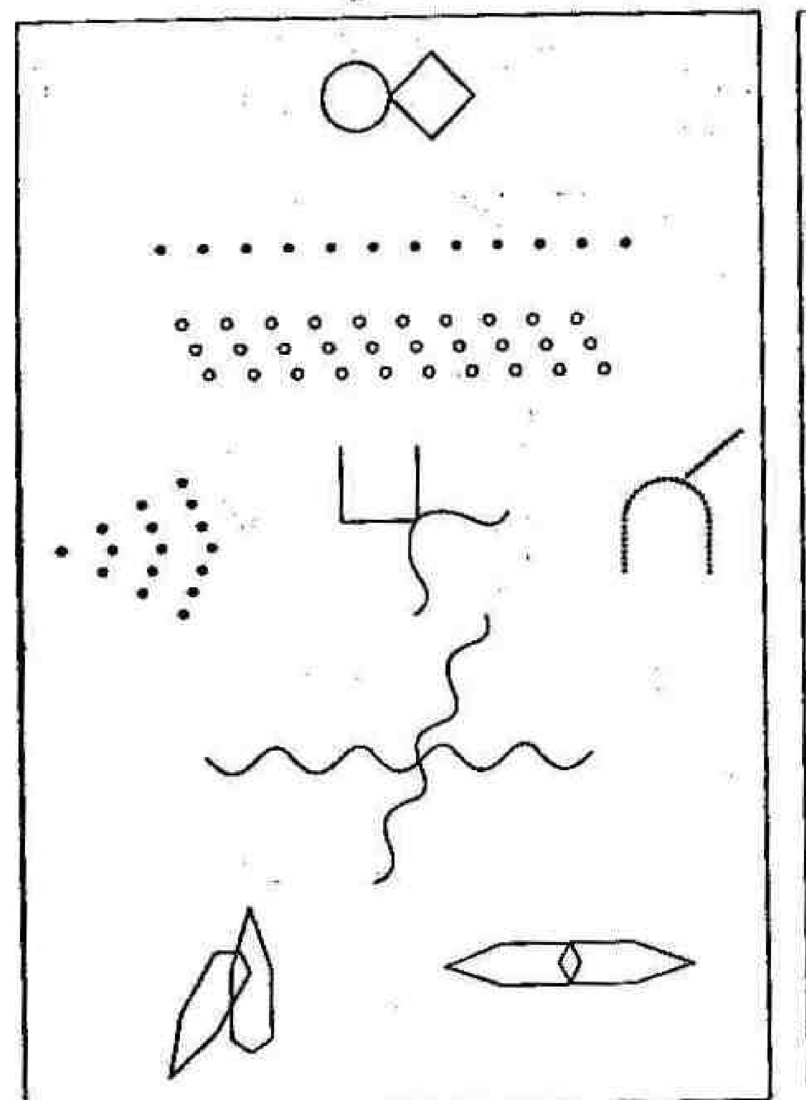
وأحيانا يمكن أن تتكشف المشاكل العصبية خلال جراحة الدماغ واستئصال نسيج وأشعة X للدماغ؛ دراسة سطحية محورية بأشعة X بواسطة الكمبيوتر Computerized axial tomegram (فحص CAT) وبالنسبة له تؤخذ أشعة X للدماغ فى زوايا مختلفة؛ ومرسمة موجات الدماغ ELectroencep halagram (EEG)، وتسجيل الدفعات الكهربائية فى الدماغ مجمعة بأسلاك مرتبطة بفروة الرأس، ورسم سطحى لانبثاق البوزترونات (PETScan)، وصورة حركية منتجة بالكمبيوتر خاصة بمعدلات التمثيل الغذائى عن طريق الدماغ؛ صورة رنين مغناطيسى Magnetic resonance imaging (MRI))، وإجراء معقد يستخدم الخاصية المغناطيسية لذرات معينة فى الدماغ لخلق صورة مفصلة لبناء الدماغ.

ورغم ذلك، فقد تحدث أشكال شذوذ خادعة خاصة بالدماغ من هذه الطرق الخاصة بالإكتشاف. ولذلك فقد إبتكر الإكلينيكيون اختبارات نفسفسيولوجية أقل مباشرة ولكن أكثر كشفاً فى بعض الأحيان تساعد على تحديد مشاكل عصبية عن طريق قياس مهارات معرفية وإدراكيه وحركية لشخص ما (Meier, 1992) ولأن التلف العصبى يحتمل أن يؤثر فى الإدراك

البـصـرى فـإن اخـتـبـارات الذاكـرة الحـديثـة والتـآزر البـصـرى – الحـركى، والنفسعصبية تركز عادة على هذه المجالات من الأداء .

**اختبار البندر جشطلت البصرى – الحركى Bender Visual - Motor Gestalt Test** (Bende, 1938). هو أحد الاختبارات النفسعصبية المستخدمة على نطاق أكثر إنتشاراً، ويتكون من تسع بطاقات، يعرض كل منها تصميماً بسيطاً (أنظر شكل ١١). وفى هذا الاختبـــار ينظـر




شكل (١١) إحدى التصميمات المرسومة من ذاكرة أحد الأفراد

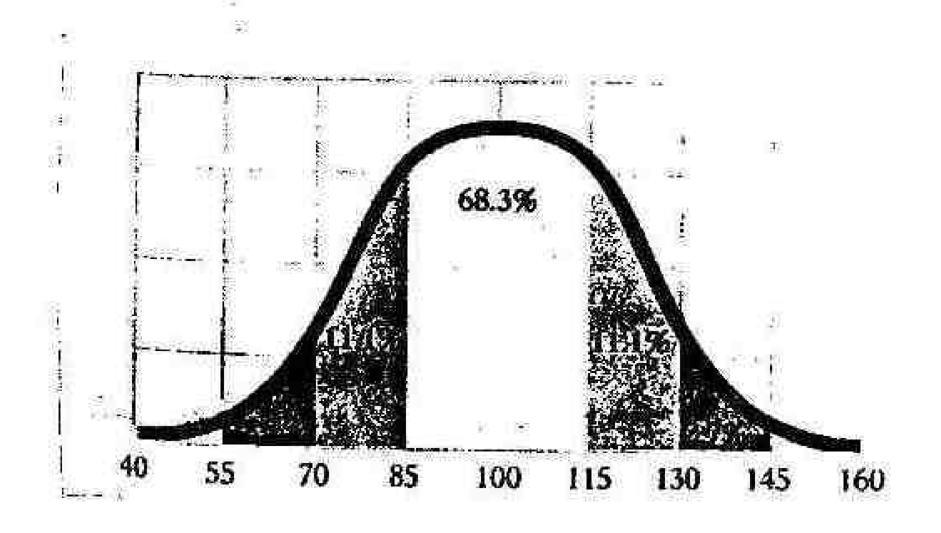
الأفراد الذين سيطبق عليهم الاختبار إلى أحد التصميمات فى كل مرة وينسخ كل تصميم على قطعة من الورق .

وبعد ذلك يحاولون إنتاج التصميمات من الذاكرة. وببلوغ الثانية عشرة من العمر، يستطيع معظم الناس أن يتذكروا وينسخوا التصميمات بدقة، والأخطاء الملحوظة فى دقة الرسومات يظن أنها تعكس تلفاً عضوياً فى الدماغ.

ويفسر بعض الإكلينيكيين هذا الاختبار ذاتياً، ويستخدم آخرون أنظمة تصحيح موضوعية ومقننة كانت قد إبتُكرت.وللثبات بإعادة الاختبار معامل ارتباط ٧٠ر٠ عند استخدام أنظمة التصحيح. وبالنسبة للصدق، فإن الإكلينيكيين قادرون على تمييز الناس ذوى التلف العضوى على أساس هذا الاختبار فى ٧٥٠٪ تقريباً من الحالات (Heaton et al., 1978) ولأنه يوجد مثل هذا التنوع الواسع للتلفيات العضوية، فلا يوجد اختبار نفسعصبى منفرد يستطيع أن يختبر على نحو كاف لها كلها، ولايستطيع إختبار منفرد أن يمكن الإكلينيكيون على نحو متسق من تمييز نوع معين من التلف العصبى عن الآخر (Goldstein, 1990).وهذا هو القصور الرئيسى لاختبار البندرجشطلت ولأى اختبار نفسعصبى، وعلى أحسن وجه هو وسيلة غربلة تقريبية للتلف العصبى بصفة عامة .

ولتحقيق دقة أكبر فى التقييم العصبى، يستخدم الإكلينيكيون على نحو تكرارى سلسلة شاملة، أو بطارية من الاختبارات النفسعصبية، كل منها يهدف إلى مجال خاص بمهارة معينة (Goldstein, 1990). وبطارية هالستيد – ريتان النفسعصبية، هى سلسلة من الاختبارات التى تقيس مهارات حسية حركية، وإدراكية، وخاصة بالذاكرة، وينظر إلى بطارية لوريا – نبراسكا الأقصر بتقدير. وتستخدم على نطاق واسع بواسطة الإكلينيكيين اليوم (Halstead,1947; Reitan & Wolfson, 1985) .

**اختبارات الذكاء Intelligence Testes** . يوجد إتفاق قليل خاص بالطبيعة الدقيقة للذكاء، بالرغم من أن معظم التربويين والإكلينيكيين يتفقون بصفة عامة مع التعريف المبكر للذكاء باعتباره «القدرة على الحكم بطريقة جيدة، وعلى الاستدلال بشكل جيد، وعلى الفهم بشكل جيد» (Binet &Siman 1916, 192) . ولأن الذكاء فكرة يستدل عليها أكثر منها عملية أو هوية جسمية معينة، يمكن قياسه فقط على نحو غير مباشر، وفى عام ١٩٠٥ إبتكر الأخصائى النفسى الفرنسى ألفريد بينيه A. Binet وشريكه تيودور سيمون T. Simon اختباراً للذكاء يتكون من سلسلة من المهام التى تتطلب من الناس أن يستخدموا مهارات لفظية وغير لفظية. ومجاميع الاختبار والمعدلة طبقاً لاختبار عمر الأخذ، تُعد درجة عامة للذكاء بالنسبة للشخص. واليوم تشتق الدرجة العامة من اختبارات الذكاء التى يطلق عليها إصطلاح **معامل الذكاء** Intelligence quatient المسماة كذلك لأنها تمثل بداية نسبة العمر العقلى إلى العمر الزمنى لشخص مضروباً فى ١٠٠.(أنظر شكل ١٢) .




شكل (١٢) التوزيع الاعتدالى للذكاء

ومنذ الاختبار الأول «لبينيه وسيمون»، كانت اختبارات ودراسات الذكاء إنشغالاً كاملاً عظيماً للميادين التربوية الإكلينيكية. ويوجد الآن أكثر من ثمانين اختبار للذكاء مصممة للتطبيق على مجموعات من الناس فى وقت واحد، ثلاثين اختبار ذكاء فردى، وعشرين اختبار لأبعاد معينة للذكاء مثل الذاكرة ومهارة الاستدلال. وإختبارات الذكاء المستخدمة على أوسع نطاق اليوم هى مقياس ويكسلر لذكاء الراشدين Wechsler Adult Intelligence Scal ، ومقياس ويكسلر لذكاء الأطفال Wechsler Intelligence Scale for Children، ومقياس ستانفورد – بنيه للذكاء Stanford - Binet Intelligence Scale . وكما هو معروف، فإن المعلومات المجمعة من إختبارات الذكاء تلعب دوراً كبيراً فى تشخيص التخلف العقلى، كما يمكن أن تكون مساعدة فى تشخيص مشاكل أخرى، مثل الاضطرابات العصبية .

وتكون إختبارات الذكاء أكثر حذراً فى تشييدها من كل الاختبارات الإكلينيكية. وقد استخدمت عينات كبيرة خاصة بالتقنين لقياس الذكاء لدى العينات الرئيسية، وبذلك حصل الإكلينيكيون على فكرة جيدة عن كيفية مقارنة درجات كل شخص بأداء المجتمع بصفة عامة. وأوضحت هذه الإختبارات ثباتاً مرتفعاً للغاية. وفى نطاق اختبار ما، يؤدى الناس على نحو التقريب نفس الشيء على بنود الاختبار المصممة لقياس نفس القدرة، مما يوحى بالاتساق الداخلى للاختبار، والناس الذين يأخذون نفس نسبة الذكاء IQ فى سنوات متباعدة يحصلون على نفس الدرجات تقريباً (Kline, 1993). وفى النهاية، تبدو اختبارات نسب الذكاء الرئيسية أن لها صدق مرتفع نسبياً. والدراسات التى تقارن درجات نسب الذكاء للأطفال بأدائهم فى المدرسة – على سبيل المثال – وجدت ارتباطات صدق تتدرج من ٤٠-٧٥ر٠ (Anastasi,1982).

وبالرغم من أن اختبارات الذكاء مؤثرة عن طريق هذه المعايير، فإن لها بعض العيـوب الدالة، فـالعوامل التى ليس لهـا عـلاقـة بالذكـاء مـثل الدافـعيـة المنخـفـضــة والقلق المرتفع يمكن أن تؤثر بشــدة فى أداء الشــخص (Frederiksen, 1993) . وبالإضافة إلى ذلك، فإن اختبارات نسب الذكاء IQ قد تحتوى على لغة بنود أو مهام متحيزة ثقافياً تضع الناس من خلفية فى ميزة على أولئك من خلفية أخرى (Helms, 1992). وبالمثل، فإن أعضاء مجموعات أقلية معينة قد تكون لديهم كذلك خبرة قليلة فى أخذ هذا النوع من الاختبارات أو يكونوا غير مستريحين مع من أجرى معهم الاختبار من خلفية عرقية ذات أغلبيــة وقــد يتــأثر أداؤهم طبــقــاً لذلك، وعلى نحــو واضح يجب أن يكون الإكلينيكيـون حـذرين بالنسـبـة لمثل هذه العـوامل عندمـا يسـتـخـدمـون هذه الاختبارات لتقويم الأداء العقلى للشخص .

**تكامل بيانات الاختبار Integrationg Test Data**: تقصر معظم الاختبارات الإكلينيكية فى واحد أو أكثر من المعايير الرئيسية الثلاثة الخاصة بالتقنين، والثبات، والصدق. ولذلك، فإنه من غير الحكمة وضع ثقة كبيرة فى أى إختبار واحد. ويطبق الإكلينيكيون بطارية من الاختبارات لتقييم الأداء العقلى واستخدام هذه المجموعة من المعلومات أساساً لتوضيح وإضافة المعلومات المجمعة فى المقابلة الإكلينيكية .

دعنا ننظر إلى حالة (إ) شابة مكتئبة، قد رآها الأخصائى الإكلينيكى الخاص بها بجمع قدراً هائلاً من المعلومات عنها خلال المقابلة- أعراضها، طفولتها التعسة، ترك والدها للمنزل، والشعور بالذنب بسبب مغادرته، وأسلوب أمها الناقد والمتحكم، وعلاقة الحالة بصديقها وانهيار تلك العلاقة، وميلها إلى لوم نفسها لكل شىء سار فى الطريق الخطأ. فقد جمع الأخصائى الإكلينيكى

بيانات إضافية من بطارية الاختبارات (اختبار تفهم الموضوع - قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية - قائمة الاكتئاب - اختبار الذكاء). وكون الأخصائي تقرير الاختبار التالي :

تعاونت الحالة (إ) خلال القياس النفسي، وحاولت أن تقوم بكل مهمة طلبت منها. ومع ذلك، لم تجب على أي سؤال بشكل تلقائي، وأخذت ثوان قليلة قبل أن تعطى الاستجابة ..

وحصلت العميلة على درجة في المدى المتوسط من الذكاء. وأوحت الأوقات الطويلة لرد الفعل للمثيرات اللفظية وبطء استجاباتها الحركية بتلف في الأداء العقلي. ويتسق هذا البطء في السلوك اللفظي والحركي مع الأداء الملاحظ لدى الأشخاص الذين يكونوا مكتئبين. وكان وجدان العميلة (المشاعر أو الإنفعالات) كما فُسر من مادة الاختبار مقيداً ومنضبطاً. وبدا أنها تتفاعل بشدة مع بعض الأحداث التي تقع حولها، ولكنها تحكمت في انفعالاتها لدرجة أن الناس الآخرين لم يكونوا على وعي بكيفية شعورها ...

وتصلح معلومات الاختبار لوظائف عديدة بالنسبة للإكلينيكي في الحالة (إ). أولاً، أنها تخفض درجات عديدة من الانطباعات المجمعة قبل ذلك خلال المقابلة الإكلينيكية. إنها تشير - على سبيل المثال - إلى أن الحالة (إ) مكتئبة حقاً، وتحمل مشاعر مترددة من الغضب تجاه أمها، وتنظر إلى أبيها والرجال الآخرين باعتبارهم غير موثوق فيهم ومن المحتمل محبطين لها. ثانياً، تساعد معلومات الإختبار الإكلينيكي على تحديد مجال مشاكل العميل. إنها تشير - على سبيل المثال - إلى أن إكتئاب الحالة (إ) شامل لدرجة أنه يعوق حتى سلوكها اللفظي والحركي، وأن مشاعرها الخاصة بعدم الكفاية، ونقد الذات، والغضب أعمق وأكثر ثباتاً من المقابلة نفسها. وفي النهاية، تكشف بيانات

الاختبار أن أداء العميلة العقلى متوسط على الأقل، وأنها ليست ذهانية، وأن طموحاتها ربما تكون مرتفعة على نحو غير واقعى. ومع مثل هذه المعلومات المتاحة الآن، يكون الإكلينيكى فى موقف أفضل لفهم العميلة ومشاكلها النفسية.

## الملاحظات الإكلينيكية
## Clinical Observations

بالإضافة إلى مقابلة واختبار الناس، قد يتبع الإكلينيكيون استراتيجيات معينة لملاحظة سلوكهم. وإحدى مثل هذه التقنيات هى **الملاحظة فى الوضع الطبيعى** Naturalistic Observation التى يلاحظ فيها الإكلينيكيون العملاء فى بيئاتهم اليومية. والتقنية الأخرى هى **الملاحظة البنائية** Structured Observation التى يراقب فيها الإكلينيكيون الناس فى محيطات اصطناعية مبتدعة فى مكاتبهم أو معاملهم. وأيضاً قد يجعلوا العملاء يلاحظون أنفسهم، وتسمى تلك التقنية **بمراقبة الذات** Self-manitring. وتُستخدم هذه التقنيات فى الغالب الأعم بواسطة الإكلينيكيين السلوكيين والمعرفيين وهم يبحثون عن سلوكيات ساطعة تمكنهم من عمل تحليل وظيفى لاضطراب شخصى.

**الملاحظات الطبيعية والمركبة:** تحتل معظم الملاحظات الإكلينيكية الطبيعية مكاناً فى المنازل، والمدارس، والمؤسسات مثل المستشفيات والسجون، ومحيطات المجتمع مثل المطاعم، والأسواق الكبرى. وتركز الملاحظات فى العادة على التفاعلات بين الوالد والطفل، والأخوة والطفل، والمدرس والطفل، والسلوك المخيف، والعدوانى أو غير المتسق Disruptive، وسلوك إيذاء الذات (Patterson, 1977). حقيقة، إن معظم مثل هذه الملاحظات تُجرى

بواسطـة الملاحظين المشاركين والأشخاص الرئيسيين فى بيئة العميل، وتُبلغ للإكلينيكى.

وحينما تكون الملاحظات الطبيـعية غير عـملية، فإن الإكلينيكيين قد يختاروا أن يلاحظوا بعض العملاء فى محيط بنائى. فالتفاعلات بين الوالدين وأطفالهم - على سبيل المثال - قد تلاحظ فى مكتب أو معمل على شريط فيديو أو من وراء مـــرآة ذات إتجـاه واحـــد (Field, 1977). وبالمثل استـخـدم الإكلينيكيون حجرات ملاحظة لمراقبة القرناء المتزوجين المنغمسين فى نزاع، والناس القلقون فى الحديث الذين يلقون خطبة، والأفراد المدمنون للكحول وهم يشربون، والنـــاس الخائفين الذين يقتربون من شيء يجدونه مرعباً (Floyed et al.,1987).

ومن المفـيـد على نحـو واضح للإكلينيكى أن يراقب حـقـاً السلوك، والتفاعلات، والمواقف التى قد تؤدى إلى اضطرابات شخص، ولكن لهذه الطرق عيوباً عديدة كذلك.لو لم يكن الإكلينيكيون مدربون بدقة على الملاحظة ولديهم قوائم مراجعة مستخدمة، فإن الملاحظين سوف يتوصلون إلى استنتاجات غير دقيقة (Alvizos et al., 1978).

وقـد يرتكب الملاحظون أخطاء قـد تؤثر كـذلك فى صـدق مـلاحظاتهم، وبصفة خاصة إذا عانوا من شحنة مفرطة (Foster & Cone, 1986). ويحدث هذا خـلال تفاعل. ومشكلة أخرى هى إندفاع الملاحظ Observer drift، وهو تلف زائد فى الدقة نتيجة للتعب أو تغير مهمل تدريجى فى المعايير المستخدمة حينما يحكم ملاحظ على سلوك لفترة طويلة من الزمن (O'leary & Kent, 1973)، وإمكانية أخرى هى تميز الملاحظ Observer bias - تتأثر أحكام الملاحظ على نحو غير ملائم بالمعلومات والتوقعات التى لديه من قبل عن العميل (Shuller & Mc Namara, 1980). فالملاحظون المشاركون المتصلون

على نحو شخصي بالعميل ميالون بصفة خاصة إلى التحيز. فالأم التى تلاحظ ابنهـا المراهق المكتـئب - على سـبـيل المثـال - قـد تكون مـيـالة إلى تقليل ملاحظاتها المتشائمة إلى أدنى حد، آملة أنها شكاوى لاضرر منها أكثر منها مؤشرات إكتئاب شديد.

وعامل آخر غالباً مايَحد من صدق الملاحظات الإكلينيكية هو رد فعل الشخص (Harris & Lahey, 1982) . فإذا كان أطفال المدارس واعين أن شخصاً ماخاصاً يراقبـهم - على سبيل المثال - فإنهم قد يغيرون سلوكهم المعتاد فى حجرة الدراسة، وربما على أمل التأثير فى الملاحظ .

وفى النهـاية، فـإن الملاحظات الإكلينيكيـة قـد ينقـصـهـا الصـدق عبـر المواقف، المسمى كذلك صدق خارجى أو بيئى External or ecologcial validity (Tunnell, 1977) . كما أن الذى يسلك بشكل عدوانى فى المدرسة لايكون بالضرورة عدوانياً فى المنزل أو مع الأصدقاء بعد المدرسة. لأن السلوك غالبـاً مـايكون خـاص بمواقف مـعينة، فـالملاحظات فى أحـد المواقف لاتنطبق دائماً على محيطات أخرى (Simpson & Halpin, 1986) .

**مراقبة الذات Self - Montioring:** أخذنا فى الاعتبار قبل ذلك قوائم التقرير الذاتى، وأدوات التقييم التى يقرر فيها الأشخاص سلوكياتهم ومشاعرهم أو إدراكاتهم. وفى إجراء متعلق بمراقبة الذات، يلاحظون أنفسهم ويسـجلون بحذر سلوكـاً مـعيناً ومشـاعراً أو مـعارفـاً كمـا تحدث طوال اليوم (Bornstein et al., 1968). وفى العادة يلاحظ الأشخاص تكرار الاستجابات التى يسجلونهـا، كيف يملك مسـتـخـدم عقار على نحـو متكررحافـزاً لتـعاطى العقاقير؟ (Thompson & Conrad, 1977)، أو يصاب متـألم من صداع بصـداع؟ (Feurstein & Adams, 1977). كمـا قـد يُطلب منهم كذلك أن

يلاحظوا ويسجلوا الظروف التى تحيط باستجاباتهم. وحينما يعتاد مراقب الذات تقييم تدخين متزايد، على سبيل المثال،فإن الناس يُطلب منهم على نحو نمطى أن يسجلوا متى وأين يدخنون، ومن يكون موجوداً، أو ماذا يحدث وماذا كانوا يفكرون ويشعرون تماماً قبل التدخين، وماالأحداث التى تلت التدخين. فقد تكشف هذه المعلومات أن شخصاً يدخن تحت شروط خاصة وأنواع معينة من الضغط (Conway, 1977) .

وتقدم مراقبة الذات سمات عديدة. أولاً، قد تكون الطريقة الوحيدة لملاحظة السلوك الذى يحدث نسبياً على نحو غير متكرر. وحينما تكون المشكلة هى الاستعرائية Exhibtitonistic (عرض أعضاء الفرد التناسلية علينا)، على سبيل المثال، فقد جعل بعض الإكلينيكيين العميل ليحتفظ بسجل لها بدوافعه وتصرفاته الاستعرائية (Maletzky, 1977). ثانياً، تكون مراقبة السلوك نافعة لملاحظة السلوك الذى يحدث على نحو متكرر إلى حد أن أى ملاحظة مفهومة أخرى له سوف تكون مستحيلة. وقد كانت تستخدم لجمع المعلومات عن طبيعة وتكرار التدخين، وتعاطى الكحول، وإستخدام العقاقير، ومشاعر الغضب والقلق (Novaco, 1977) . ثالثاً، تعتبر مراقبة الذات هى الطريقة الوحيدة التى يمكن للمعارف المضمرة Covert Cognitions أن تلاحظ وتحسب. وفى إحدى الدراسات ضُبطت إمرأة كانت لديها هلوسات سمعية (سماع أصوات لم تكن تحدث فى الحقيقة حولها) من خلال علاجها برفع أصبع وإبقائه مرفوعاً طوال فترة هذه الخبرة (Turner et al., 1977)

ومثل جميع إجراءات التقييم الإكلينيكى، فإن مراقبة الذات لها عوائق. أحدها مسألة صدقها (Nelson, 1977). فالعملاء لايتلقون دائماً تعليمات ملائمة فى هذا الشكل من الملاحظة، ولايكونوا مدفوعين دائماً لتسجيل

ملاحظاتهم بدقة (Mahaney, 1977). علاوة على ذلك يوجد فى الغالب تأثير تفاعلى قوى حينما يحاول الإكلينيكيون مراقبة أنفسهم. فقد وجد - على سبيل المثال - أن المدخنين يدخنون سجائراً أقل من المعتاد حينما يراقبون أنفسهم (Kilmann et al., 1977) ويعطى المدرسون تعليقات أكثر إيجابية وأقل سلبية لطلابهم (Nelson, 1977) .

وقبـل الانتهـاء أو ختـام جزئية التقييم الإكلينيكى، يجب التنويه إلـى مـوضـوع هام، ألا وهو التـقـيم الدينامى والذى سـوف نعـرض له فى السطور التالية.

**التقييم الدينامى: Dynamic Assesssment**

يشير التقييم الدينامى إلى مجال لإجراء تقييمات تتضمن بشكل أكثر تمييزاً تفاعلاً مع العميل خلال سير التقييم، واستخدام استجابة العميل لهذا التفاعل كمصدر مركزى للمعلومات عن القدرة على التعلم، وقد ابتكر التقييم الدينامى أساسا للاستخدام بواسطة الأخصائيين النفسيين أو الأخصائيين فى مجال التربية النفسية Psychoeducational. ورغم ذلك، فإن النموذج قد كان ذا أهمية كبيرة لأخصائيى مرضية الكلام/ اللغة ومشخصى القراءة كذلك.

وبالرغم من وجود عدد من النماذج والإجراءات المبتكرة التى تتنوع على بعدى محتوى ودرجة التقنين، فإن التقييمات الدينامية غالباً ماتتبع شكل قبل الاختبار - التدخل - وإعادة الاختبار. ويحدد القائم بالتقييم أولاً مايكون العميل قادراً على عمله بدون مساعدة، ثم يتقدم لعرض المساعدة، وفى النهاية يُقيم درجة وطبيعة العميل لهذه المساعدة .

وتعود جذور التقييم الدينامي إلى أوائل القرن العشرين، حينما عبر كثير من الكتاب عن عدم رضائهم عن المجالات المتاحة لقياس الذكاء (Lidz, 1987). وبشكل أكثر تحديداً، فإن أبوة التقييم الدينامي تختص بصفة عامة بكل من فايجوتسكي (Vygotsky, 1978) ، وفيورستين وزملائه (Feuerstein et al., 1979) . فأفكار «فيجوتسكي» عن دائرة النماء الواقعي ودوائر النماء الأقرب محددة لهذه الإجراءات الدينامية.

وقد أثرت أوصاف «فيورستين وزملائه» الخاصة بخبرات التعلم الوسيط Mediated learning على تطور التدخلات المقدمة خلال مراحل المادة الخاصة بالإجراءات. كما كان «فيورستين» هو الذي قدم فكرة التقييم الدينامي في وسيلته الخاصة بالتقييم الكامن للتعلم، الذي كان له عدد كبير من فرص التدريب. وقد صلحت تقديمات ومنشورات «فيورستين» كحافزات في تدفق النشاط لنماء نظرية التقييم الدينامي وتطبيقاتها. وقد كان البحث والارتقاء الخاصين بهذه الإجراءات متوازيين بشكل أساسي في الولايات المتحدة الأمريكية، وأوربا، وإسرائيل .

وتوجد بشكل أساسي أربعة نماذج رئيسية للتقييم الدينامي .

**الأول:** هو الذي يتميز بمجال «فورستين وزملائه» وهو المبنى بشكل أكثر مرونة والموجه بشكل تشخيصي. فالتدخل المقدم لمتلقي الامتحان يتحدد طبقاً للاستجابات والاستجابية الخاصة بمتلقي الامتحان، مع توصيف قليل.
**والثاني:** الذي يميز المجال المصمم بواسطة «بادوف» (Budoff, 1987) ، والذي يقدم تدخلاً مقنناً لجميع متلقي الامتحان مؤسساً على استراتيجيات سابقة التحديد ومتعلقة بالمهمة. **والثالث:** مبسط بواسطة مجال «كامبيون وبراون» (Campione & Brown, 1987) ، يقوى منطقة الارتقاء الأقرب كسلسلة من أشكال الحث المتدرج المحددة سلفاً على أساس زيادة الوضوح في

تعليم المهمة. **الرابع:** الموصوف بواسطة «ليدز» (Lids, 1991)وهو تقييم دينامى قائم على المنهج الذى يستخدم محتوى منهج متعلق بالمرجع، ويؤسس التدخل والتفسير على درجة مضاهاة بين تحليل العملية لمطالب المهمة على المتعلم وسلامة العملية التى يطبقها المتعلم على المهمة. ويمكن أن تتسم الإجراءات النوعية المتاحة بأحد هذه النماذج الأربعة .

وفى حين أن بعض الإجراءات الخاصة بالتقييم الدينامى تبقى رسمية ومشيدة للتطبيق على المتعلمين بشكل فردى، إلا أنه يوجد عدد متزايد من الإجراءات المجمعة (توجد إجراءات للمجموعة كذلك). على سبيل المثال، فإن «تزيوريل (Tzuriel, no date) قد صمم عدداً من الاختبارات المناسبة للاستخدام مع الراشدين فى الصفوف الأولى المبكرة. وكذلك يعتبر سوانسون (Swanson, 1995) هو المؤلف لاختبار سوانسون لمعالجة التصور Swanson Conceptual Processing Test، والتقييم الدينامى للذاكرة النشطة. كما يعتبر جاثك (Guthke, 1992) هو مؤلف عدد من اختبارات التعلم المستخدمة فى جميع أنحاء ألمانيا.

وقد نشر هامارس وزملاؤه (Hamers et al ., 1991) اختبار التعلم الخاص بالأقليات العرقية فى الأراضى المنخفضة، وابتكر ليدز وجيبسن (Lidz & Jepsen, 1999) التطبيق الخاص بمقياس الوظائف المعرفية للاستخدام مع الأطفال القائمين بالأداء من الثالثة إلى الخامسة من العمر .

ومع التنوع طبقاً للنموذج، فإن المعلومات المقدمة عن طريق إجراءات التقويم الدينامى يمكن أن تشمل وصفاً فى العمق لأشكال القوى والضعف للمعالجة المعرفية للمتعلم، واستجابة المتعلم للتدخل، وكثافة المجهود المطلوب لتسهيل التغير، وصلة التقويم بالتدخل .

# التفسير والحكم الإكلينيكى

# Clinical Interpretation and Judgment

أكملت المقابلات، وطبقت الرورشاخ وتفهم الموضوع، وأنهيت فراغ الجمل الناقصة. والآن، ماذا يعنى كل هذا؟ (Phares, 1979: 295). فقبل علاج العميل، يجب أن يفسر الإكلينيكى بيانات التقييم - أى، تحويلها إلى فهم إكلينيكى لمشكلة وتشخيص الشخص .

وفى أثناء تجميع بيانات التقويم، يولد الإكلينيكيون فروضاً عن طبيعة وأسباب وسير أداء منزعج لشخص، وإلى حد كبير، فإن المبادئ والمفاهيم المجسدة فى كل توجه نظرى خاص للإكلينيكى تساعده على صياغة هذه الفروض. وبتقدم التقييم، فإن البيانات المتزايدة سوف تبدو أنها تساند بعض الفروض وتدحض الأخرى .

وليس من الواضح دائماً على نحو الدقة كيف يتقدم الإكلينيكيون بالنسبة لاختبار فروضهم. فالإكلينيكيون أنفسهم يجدون من الصعب أن يخطوا خارج أنفسهم ويعرفوا ماذا وكيف يفكرون، كما وجد الباحثون أنه من الصعب أن يكمموا ويقيسوا هذه العمليات المعرفية الغامضة. وقد استشهد بعض الإكلينيكيين بالحدس الإكلينيكى Clinical intuition لشرح عملية التفسير الإكلينيكى. ويظن أن الإكلينيكيين كيفما كان الأمر يشعرون بطريقهم تجاه الاستنتاجات، بمساعدة خبراتهم وتدريبهم الإكلينيكى، ولكن بدون أن يفرض عليهم طريقة منهجية شعورية. وبالرغم من أن هذا الرأى له جاذبية حدسية معينة، فإنه من الصعب أن يلقى ضوءاً على العمليات التى يصل بها الإكلينيكيون إلى استنتاجاتهم (Peterson, 1968) .

وفى أحد الخطوط النافعة للبحث، حاول فاحصون أن يحددوا ماإذا كان الإكلينيكيون ببساطة يصيغون ويطرحون بيانات تقويم حينما يصيغون استنتاجاتهم أو ماإذا مزجوا البيانات فى طرق أكثر تعقيداً (Wiggins, 1973). وبصفة عامة تشير النتائج إلى أن معظم الإكلينيكيين يستخدمون نموذجاً إضافياً، أوخطياً حينما يفسرون بياناتهم (Hammond & Summers, 1965). أى، أنهم يؤسسون إستنتاجاتهم على عدد استجابات التقويم فى نفس الاتجاه، لأنه بزيادة الاستجابات المتلازمة، فإن إحتمال استنتاج معين يزيد أيضاً .

وبعد أن يكونوا قد جمعوا وفسروا معلومات التقويم، يحاول الإكلينيكيون أن يكونوا صورة إكلينيكية، وصورة متكاملة من العوامل المتنوعة التى تسبب وتؤيد أداء الشخص المضطرب تمكن الإكلينيكي من إنتقاء مراكز مرضية وطرق للعلاج (Sundberg et al., 1973). وهذه الصورة غالباً ماتسجل على نحو رسمي كتقرير، وتحاط بلغة ومفاهيم التوجه النظرى الإكلينيكى (Kaplan & Sadock, 1989). فقد إعتنق الإكلينيكي الذى عمل مع الحالة (إ) رأياً معرفياً – سلوكياً خاص بالشذوذ، وهكذا فإن الصورة الإكلينيكية لحالة (إ) مشيدة فى ضوء مبادئ التقليد والتدعيم والإقتراح بأن توقعات وفروض وتفسيرات الحالة (إ) هى عناصر رئيسية لمشكلتها .

الحالة (إ) نادراً ماكانت تُدعم لأى من إنجازاتها فى المدرسة، ولكنها كسبت إنتباه أمها السلبى لما حكمت السيدة أمها بأنه أداء سيء بالمدرسة أو بالمنزل. وأخبرت الأم إبنتها (إ) بشكل متكرر بأنها غير كفء، وأن أى حظ سئ حدث لها كان خطؤها الخاص... وحينما هجرت الأم الأسرة، كانت إستجابة إبنتها (إ) أنها هى المسئولة عن السلوك الماضى لأمها ، وتعلمت الحالة (إ) أن تتوقع بطريقة ما أنها سوف تعاقب. وفى الوقت الذى إنفصلت

الحالة (إ) من صديقهـا، لم تلم صـديقها بالنسبـة لسلوكه، ولكنها فسرت هذا الحدث كفشل من جانبها فقط. ونتيجة لذلك زاد إنخفاض تقديرها لنفسها .

ويقى نمط العلاقة الزواجية الذى رأت الحالة (إ) أمها وأبيها مفهومها الخاص بما تشبهه الحياة الزواجية. وعممت من ملاحظاتها لتفاعلات والديها المتنافرة لتوقعات نمط السلوك الذى ستنغمس فيه هى وصديقها فى النهاية. وطلبت العملية أن يتشكل صديقها طبقاً لتعريفها الخاص بسلوك شخصى متبادل مقبول، بسبب إنتقادها بأنه بغير ذلك لن يكون زواجهما علاقة مدعمة على نحو مشترك. ومع ذلك، فإن الحالة (إ) حددت مثل هذه المعايير المرتفعة لسلوك صديقها ولذلك لايمكن تجنب إحباطها ..

وزادت شكوك الحـالة (إ) حينمـا حُرمت من المصدر الرئيسى للإشباع الذى حصلت عليه وعلاقتها بصديقها - وبالرغم من حقيقة أنها غمرت بالشكوك الخاصة بما إذا كانت ستتزوجه أو لا، فإنها كسبت قدراً كبيراً من السرور خلال وجودها مع صديقها. ومهما كانت المشاعر التى كانت قادرة على التعبير عنها، فإنها قد شاركته تلك المشاعر وليس مع شخص آخر. وإعتبرت العميلة إنهاء صديقها لعلاقتهما كبرهان بأنها لم تكن تستحق اهتمام شخص آخر. ونظرت إلى تعاستها الحالية باعتبار أن استمرارها محتمل وأرجعتها إلى بعض الفشل من جانبها. ونتيجة لذلك أصبحت مكتئبة تماماً (Leom,1984: 123 - 125) .

وبهذا التقرير أنجز الأخصائى الإكلينيكى للحالة (إ) إلى حد كبير مهمة الحصول على فهم فردى للعميلة. وإذا كان للعملاء أن يفهموا كلية ويعالجوا بفاعلية، فإن الإكلينيكى عليه، مع ذلك، أن يحدد ليس فقط مايجعلهم فريدين ولكن مايملكونه على نحو مشترك مع مجموعة معينة من أشخاص مضطربين آخرين. هذا هو الغرض من التشخيص .

# التشخيـص

# Diagnosis

يستخدم الإكلينيكيون كذلك معلومات التقييم وعمليات التفسير لعمل مشترك – أى، لتحديد أن مشاكل الشخص النفسية تتكون من إضطراب معين. وبالرغم من أن الإكلينيكيين يستطيعون تعلم مايكفى عن شخص من معلومات التقييم لتنمية أفكار عن طبيعة وأسباب مشاكل الشخص، فإنهم يحتاجون كذلك إلى معلومات أخرى لمعرفة سير المشكلة المحتمل فى المستقبل وماهى استراتيجيات العلاج المحتملة لأن تكون مفيدة، إنها قد تساعدهم كذلك لمعرفة ماإذا كان الإكلينيكيون الذين عالجوا حالات مماثلة وجدوا أن أعراضاً أقل وضوحاً كانت متضمنة كذلك فى المشكلة وماهى العوامل التى كانت أكثر أهمية للإنتباه لها .

وحينما يقرر الإكلينيكيون أن نموذج اختلال شخص يتكون من اضطراب معين، فإنهم يقولون أن النموذج أساساً هو نفس الشيء كواحد قد كان معروضاً بواسطة كثير من الناس الآخرين، لوحظ وفُحص فى مجموعة متنوعة من الدراسات، وربما قد استجاب لأشكال خاصة من العلاج. وإذا كان تشخيصهم صحيحاً، فإن الإكلينيكيين يمكن أن يطبقوا على نحو مثمر مايكون معروفاً بصفة عامة عن الاضطراب للشخص المعين الذين يحاولون أن يساعدوه. وإذا كان التشخيص غير صحيح، فإن الإكلينيكى قد يصل إلى استنتاجات غير دقيقة عن الشخص ومشكلته وقد يطبق إجراءات علاج لافائدة منها أو حتى مؤذية .

# أنظمة التصنيف

## Classification Systems

إن المبدأ وراء التشخيص مباشر. فحينما تحدث أعراض معينة معاً بانتظام (مجموعة أعراض تسمى زملة أعراض Syndrome) ، وتتبع منهجاً معينا، فإن الإكلينيكيين يوافقون أن تلك الاعراض تكون اضطراباً نفسياً معيناً. وحينما يعرض الناس هذه المجموعة المعينة وسير الأعراض، فإن المشخصين ينسبوها إلى تلك الفئة. إن قائمة شاملة من مثل هذه الفئات، مع وصف سمة الأعراض الخاصة بكل الخطوط الإرشادية لتخصيص الأفراد للفئات تعرف بنظام التصنيف Classificaion System .

ويخدم نظام التصنيف أغراضاً هامة عديدة (APA, 1994) ، أولاً، كما لاحظنا أنه يمكن الإكلينيكيين من تشخيص مشكلة شخص كاضطراب. والتشخيص (من اليونانية للتمييز discrimination) يجعل من الممكن – بدوره– لهم أن يحددوا المعلومات العامة التى كانت قد جُمعت من قبل عن تلك المشكلة. ويساعد نظام التصنيف الباحثين – أيضاً – على دراسة الشذوذ وتنمية مجموعة معلومات عن أسباب النماذج المتنوعة الخاصة بالأداء الشاذ وطرق علاجها. وباستخدام نظام لتصنيف متفق يستطيع الباحثون الإكلينيكيون أن يجمعوا بكفاءة عينة ممثلة ويفحصوا مشاكلهم. وفى النهاية، يمكّن نظاماً تصنيفياً معيناً الإكلينيكيون أن يدونوا كل عرض من أعراض اضطراب عميل لكى يناقشوا ذلك الشخص مع زميل.إن ذكر فئة الشخص التشخيصية يكفى لإعطاء إكلينيكيين آخرين صورة عامة لأنواع الصعوبات التى يخبرها الشخص، التى يمكن أن تعزز بعد ذلك بتفاصيل خاصة عن موقف الفرد. وبالمثل، فإن الباحث ليس عليه أن يدون كل الأعراض المشاركة بواسطة الأشخاص فى دراسة قبل أن يفهم الآخرون نوع الإختلال تحت الفحص .

وكمـا رأينا أو مـعـروف لنا، فـقـد إبتكر إمـيل كرابلين E. Kraepelin النظام التـصنيـفى الأول للسلوك الشـاذ فى عـام ١٨٨٣. وبجـمـع آلاف من دراسات الحالات المرضية بالمستشفيات النفسية، كان قادراً على تحديد زملات الأعراض، وعلى وصف كل سبب ظاهر للأعراض والمنهج المتوقع (Zilboorg & Henry, 1941). وفـئـات الاضطرابات المؤسـسـة بواسطة «كـرابلين والهيـراركى الذى نظمـه فيـهـا قـد شكل الأسـاس للجانب النفـسى من نظام التصنيف المستخدم الآن بواسطة منظمة الصحة العالمية، المسمى التصنيف العالمى للأمراض International Classification of Diseases. وهـذا النظام الذى يغطى كلاً من اضطرابات عقلية ونفسية، يكون حالياً فى طبعته العاشرة المعروفة بالتصنيف العالمى للأمراض العاشر ICD .

كـمـا أدمج عـمل كـرابلين فى دليل التشـخـيص الإحـصـائى للاضطرابات العـقليـة Diagnostic and statistical of mental disorders، وهو نظام تصنيـفى مـبـتكر بواسطة الرابطة الأمـريكيـة للطب النفسى. ولما كان مماثلاً جداً للتصنيف العالمى للأمراض ICD، فقد نُقح أيضاً على مر الزمن. وقد نُشرت الطبعة الحالية DSM - IV فى عـام ١٩٩٤. وإلى هذا الحـد يكون النظام التـصنيـفى المسـتـخـدم على أوسع نطاق فى الولايات المتحدة اليوم .

ويجب تنقـيح أنظمـة التـصنيف دورياً للبـقـاء طبـقـاً للمـعـرفـة الجـديدة والمنظورات المتغيرة فى المجال الإكلينيكى. وببزوغ استبصارات ووجهات نظر جديدة، فإن أشكالاً جديدة من التـصنيف تُقترح وتسـتبدل الأشكال القـديمة. وأول مـانشـر دليـل التشـخيـص الإحصائى DSM كان فى عام ١٩٥٢ (DSM - 1)، وقد خضع لمراجعات رئيسية فى عام ١٩٦٨ (DSM - 11). وفى عـام ١٩٨٠ جاءت الطبعـة الثالثة من دليل التشـخيص الإحصائى

(DSM - 111)، وفي عام ١٩٨٧ جاءت الطبعة الثالثة المراجعة (DSM - 111 R -، وفي عام ١٩٩٤ جاءت الطبعة الرابعة (DSM-IV). وهكذا نجد أن هناك أنظمة تصنيفية متعددة فى تاريخ المجال الإكلينيكى المتغير بشكل دائم (Talbott & Spitzer, 1980) .

## دليل التشخيص الإحصائى الرابع

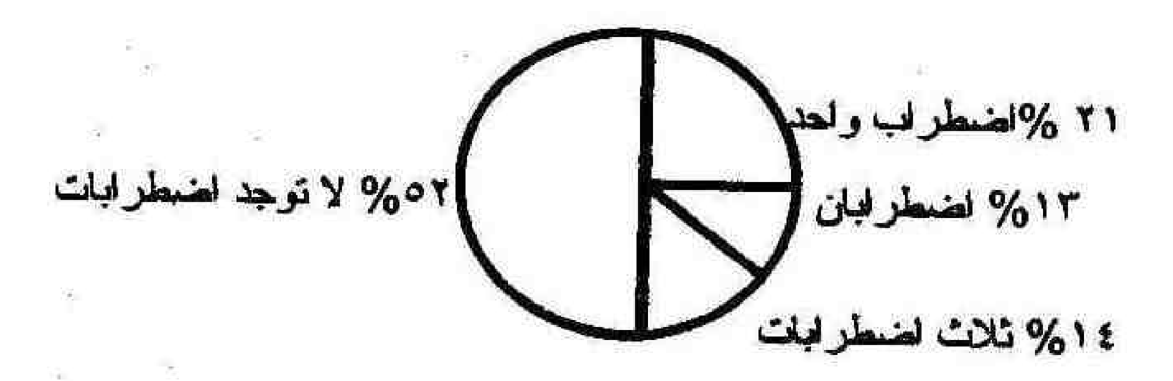
## DSM - IV

يدون دليل التشخيص الإحصائى الرابع لثلمائة اضطراباً عقلياً. ويصف كل مدخل المعيار بالنسبة لتشخيص الاضطراب؛ والملامح الإكلينيكية الأساسية للاضطراب (الملامح الموجودة دون تغير)، وأى ملامح مرتبطة (ملامح ليست ثابتة). وتعطى معلومات عن ملامح متعلقة بالعمر، والثقافة، أو النوع Gender، والانتشار والمخاطرة، والسير Courseوالتعقيدات،وعوامل الاستهداف، والنماذج الأسرية. وتعتبر المعايير فى دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM - IV والتى تلى معايير دليل التشخيص الإحصائى الثالث DSM - 111 ودليل التشيخص الإحصائى الثالث المراجع DSM - III-R هى أكثر تفصيلاً وموضوعية من تلك المعايير الواردة فى دليل التشخيص الإحصائى الأسبق. وتركز معايير دليل التشخيص الإحصائى الرابع كلية على أعراض محققة. على سبيل المثال، تشترط أن إختلال شخص يجب أن يشمل أعراضاً محددة معينة إذا كان لها أن توصف بالنسبة لتشخيص الدليل الإحصائى الأول DSM - I والدليل الإحصائى الثانى DSM - 11. وعلى النقيض يُطلب من المشخصين أن يستدلوا على السبب الأساسى لاضطراب من أجل عمل تشخيص. ولعمل تشخيص خاص بعصاب القلق Anxiery neurosis طبقاً لدليل التشخيص الإحصائى الثانى – على سبيل المثال– فإن المشخصين عليهم أولاً أن يستنتجوا أن الشخص كان يخبر صراعات

داخلية وبدافع ضد القلق. أما فى دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM - IV، فإن مثل هذه الاستدلالات لاتكون مطلوبة .

وحينما يستخدم الإكلينيكيون دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM - IV لعمل تشخيص، يجب أن يقيموا حالة عميل على خمسة محاور منفصلة، أو فروع من المعلومات. ويجبر هذا المطلب المشخصين على استعراض واستخدام سلسلة واسعة من الملاحظات والبيانات .

فبداية، يجب أن يقرر الإكلينيكيون ماإذا كان العميل يعرض واحداً أو أكثر من الاضطراب من محور I، قائمة مكثفة من زملات أعراض تسبب، بشكل نمطى تلفاً دالاً (انظر شكل ١٣) واضطرابات المحور I تنتظم فى المجموعات التالية :




شكل (١٣) يوضح كم عدد الناس فى الولايات المتحدة يؤهلون لتشخيص DSM خلال حياتهم؟ تقريباً النصف طبقاً لمسح حديث. ففى الحقيقة يقابل ٢٧٪ المعايير بالنسبة لاضطرابين عقليين مختلفين أو أكثر. وفى بعض الحالات يخبر هؤلاء الأفراد اضطراباتهم حتى على نحو متزامن وحدوث يُعرف بالمرضية المشتركة (Kessler et al., 1994) .

اضطرابات شخصية تبدأ عادة فى المهد، والطفولة، والمراهقة. وتميل تلك الاضطرابات فى هذه المجموعة إلى أن تبزغ وأحياناً تتبدد فى حياة

الرشد. وتشمل تلك الاضطرابات إضطرابات نمائية شاملة مثل التوحدية Autism، والذى يعرض فيه الأطفال عيوباً شديدة وتلفاً شاملاً فى مجالات عديدة من النماء، تشمل تفاعلاً وإتصالاً إجتماعياً. أما إضطرابات التعلم، ففيها يكون أداء الأفراد وبصفة خاصة مجالات المهارة الأكاديمية دون المتوسط بشكل دال (مثل اضطراب القراءة). أما اضطراب فرط النشاط وقصور الانتباه، الذى يعرض فيه الأشخاص مستوى سوء تكيف خاص بعدم الانتباه وإفراط النشاط أو الاندفاعية، أو مزيجاً من هذين الاضطرابين .

وفيما يختص باضطرابات المسلك، فينتهك فيها الأطفال بشكل مستمر معاييراً اجتماعية، وقواعداً، وحقوقاً أساسية للآخرين. أما اضطراب قلق الانفصال، التى يصبح فيه الأطفال قلقين بشكل متزايد بسبب إمكانية كونهم منفصلين عن منزلهم أو والديهم .

**الهذيان، الاضمحلال العقلى، وفقد الذاكرة واضطرابات معرفية أخرى.** وهذه هى اضطرابات فى الأداء المعرفى، وتشمل مثل هذه الاضطرابات ملامح مثل الهذيان (حالة شعور معتمة ومضطربة)، واضمحلال عقلى (عيوب متعددة فى الأداء العقلى والمعرفى، تشمل تلفاً فى الذاكرة)، وضعف الذاكرة أو النسيان. ومن بين الاضطرابات فى هذه المجموعة مرض الزاهيمر Alzheiner's disease ومرض هانتينجتون Huntington's disease .

**اضطرابات عقلية ترجع إلى حالة طبية عامة.** وهذه هى اضطرابات عقلية تتسبب أساساً عن طريق اضطراب طبي عام. وتشمل هذه الاضطرابات اضطراب المزاج الذى يرجع إلى حالة طبية عامة، واضطراب القلق الذى يرجع إلى حالة طبية عامة، واضطراب النوم الذى يرجع إلى حالة طبية عامة .

**اضطرابات متعلقة بالمادة.** وتحدث هذه الاضطرابات عن طريق استخدام المواد التي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي. ويمثل هذا الاستخدام، قد يصبح الأشخاص مسممين، أو يجدون أداءهم الاجتماعي والمهني في تشوش، ويتوقون إلى زيادة كميات المادة، ويخبرون أعراضاً غير سارة حينما يتوقفون عن أخذها. وتشمل الاضطرابات في هذه المجموعة استخدام الكحول، واضطرابات استخدام الأفيون، واضطرابات استخدام الكوكايين، واضطرابات استخدام المهلوسات .

**الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.** في هذه المجموعة من الاضطرابات يتلف الأداء حتى يصل المريض إلى حالة من الذهان، أو فقد الاتصال بالواقع. وقد تشمل الأمراض الذهانية هذاءات (أفكار غريبة ليس لها أساس من الواقع)، وهلاوس (إدراكات لأصوات، وأشياء، أو روائح غير موجودة في الواقع)، وارتباطات غير منطقية (قطع غير متصلة من الأفكار)، وسطحية وجدان أو وجدان غير ملائم (نقص في الانفعال أو إنفعالات لاتلائم الموقف) .

**اضطرابات المزاج.** وتتسم الاضطرابات في هذه المجموعة بانزعاج شديد للمزاج يجعل الناس في حالة حزن إلى أقصى حد وبشكل غير ملائم أو مبتهجين لفترات ممتدة من الوقت. وتشمل هذه الاضطرابات اضطراب الاكتئاب ثنائي القطبية (الذي تتعاقب فيه نوبات من الهوس مع نوبات من الاكتئاب) .

**اضطرابات القلق.** القلق هو اضطراب سائد في هذه المجموعة من الاضطرابات. وقد يخبر الناس المصابون، باضطرابات القلق مشاعراً واسعة من القلق والانزعاج (اضطراب عام)، وقلق بخصوص موقف أو موضوع نوعي (اضطراب فوبيا)، وفترات منفصلة من الذعر (اضطراب هلع)، وأفكار متشبثة

ومتواترة أو سلوكيات متكررة أو كلاهما (اضطراب وسواس قهري)، أو ردود فعل متكاملة للقلق لأحداث صادمة شاذة (اضطراب ضغط حاد واضطراب ضغط تالي للصدمة) .

**اضطرابات جسدية الشكل.** وتتسم هذه الاضطرابات بأعراض بدنية تتسبب فيما يبدو أساساً بعوامل نفسية أكثر منها فسيولوجية. وتشمل الاضطرابات اضطراب الألم، الذي يخبر فيه الناس مستويات غير مفسرة من الألم. واضطراب التحول والذي يوجد فيه فقد أو تغير في أداء حسي أو حركي إرادي (على سبيل المثال، الشلل أو العمى)، واضطراب التجسيد والذي يخبر فيه الناس تفسير إحساسات بدنية باعتبارها شاذة ويصبحون منهمكين في الخوف لدرجة أنهم يصابون بمرض خطير .

**اضطرابات مستحدثة.** ينتج أو يدعى الناس المصابون بهذه الاضطرابات بشكل مقصود أعراضاً نفسية أو بدنية .

**اضطرابات تفككية.** ويخبر الناس المصابون بهذه الاضطرابات تغيراً مفاجئاً في الوظائف المتكاملة للشعور، والذاكرة، والهوية، أو الإدراك والتي تجعل من الصعب لهم أن ينفذوا أداءهم العادي. وتشمل الاضطرابات في هذه المجموعة النساوة الانشقاقية والتي لايستطيع الناس فيها أن يتذكروا قطاعاً مكثفاً من المعلومات الشخصية الهامة، والشرود الانشقاقي والذي يترك فيه الناس فجأة المنزل ويزعمون هوية جديدة وينسون من كانوا هم من قبل، أو اضطراب الشخصية المتعددة والذي يعرض فيه الناس شخصيتين أو أكثر منفصلة. كلاً منها ذات ذكريات فريدة ونماذج وسلوك وتفصيلات وعلاقات اجتماعية .

**اضطرابات الأكل**. يعرض الناس المصابون بهذا الاضطرابات نماذجاً شاذة من الأكل تتلف أداءهم بشكل دال. فالناس المصابون بفقد الرغبة فى الأكل يرفضون أن يبقوا على وزنهم الطبيعى على أدنى حد بالنسبة لعمرهم وطولهم. أماالناس المصابون بالشره العصبى فيستمرون فى سلسلة من أكل الحفلات يعقبها سلوكيات تعويضية غير ملائمة كالقئ المتعمد .

**الاضطرابات الجنسية واضطرابات هوية النوع**. وتشمل هذه الاضطرابات نزعات إلى الشذوذ يحتاج فيها الناس إلى تخيل عادى وموضوعات ونشاطات أو مواقف ليصبح مستثار جنسياً (على سبيل المثال، السادية الجنسية والتى فيها لابد أن يوقع الناس معاناة على أقرانهم لتحقيق استثارة جنسية)، واختلالات جنسية والتى يكون فيها الناس غير قادرين على إكمال دورة الاستجابة الجنسية (على سبيل المثال، اضطراب هزة الجماع للإناث أو الذكور)واضطرابات هوية النوع والتى يتوحد فيها الناس بشدة ويتشبث مع النوع الآخر .

**اضطرابات النوم**. يعرض الناس المصابون بهذه الاضطرابات مشكلات نوم مزمنة (لأكثر من مدة شهر). وقد تكون الاضطرابات إضطرابات نوم من حيث كمية النوم وجودته أو توقيت النوم (على سبيل المثال، الأرق الأولى أو النوم المفرط)، أو اضطرابات مخلة بالنوم حيث تقع أحداث شاذة خلال النوم (على سبيل المثال، اضطرابات الفزع أثناء النوم أو اضطرابات المشى أثناء النوم).

**اضطرابات ضبط الاندفاع**: يتسم الأفراد فى هذه الاضطرابات بأنهم غير قادرين على نحو مزمن لمقاومة الاندفاعات والحفزات أو الإغراءات لأداء أعمال معينة تكون مؤذية لهم وللآخرين. وتشمل هذه الاضطرابات المقامرة

المرضية وداء السرقة، والفشل المستمر في مقاومة الاندفاعات العدوانية، وهوس الإحراق، واضطرابات الانفجار المتناوب.

**اضطراب التوافق.** والملمح الرئيسي لهذا الاضطراب هو رد الفعل سئ التكيف لإخلاء الضاغط مثل الطلاق أو صعوبات الأعمال التي تحدث في نطاق ثلاثة شهور بعد ظهور الضاغط. وقد يتضمن رد الفعل أسى، وتلفاً في الأداء الاجتماعي، أو المهني أو الأعراض الأخرى وراء رد الفعل العادي المتوقع لمثل هذا الضغط .

**حالات أخرى.** قد تكون مركز إنتباه الإكلينيكي هذه المجموعة من الاضطرابات. وتشمل حالات أو مشاكل إضافية تستحق الملاحظة لأنها تسبب تلفاً نفسياً أو بدنياً. وتشمل مشاكل العلاقاتية التي تتعلق بالتعسف أو الإهمال، واضطرابات الحركة المستثارة بالمداواة. وتشمل كذلك العوامل النفسية للفئة التي تؤثر في حالة طبية، تشير إلى مشاكل تساعد فيها العوامل النفسية على إنتاج وإبقاء أو تغيير سير الحالات الطبية (مثل الأصدعة، والربو، والقرحة، والذبحة الصدرية). وتسمى أحياناً الحالات الطبية المتأثرة بهذه الطريقة بالحالات النفسجسمية أو النفسفسيولوجية .

وبعد ذلك، يجب أن يقرر المشخصون ماإذا كان العميل يعرض أحد الاضطرابات من محور 11، مشاكل طويل الأمد تفحص على نحو متكرر في وجود الاضطرابات المدونة في محور 1. وتوجد فئتان رئيسيتان لاضطرابات محور 11 .

**التخلف العقلي:** يعرض الناس المصابون بهذا الاضطراب أداء عقلياً دون المتوسط ببلوغ الثانية عشرة من العمر وقصوراً متلازماً أو تلفاً في الوظيفة التكيفية .

**اضطرابات الشخصية:** يعرض الناس المصابون بهذه الاضطرابات نموذجاً ثابتاً، وشاملاً، وجامداً، وسيئ التكيف لخبرة داخلية وسلوكاً ينحرف بشكل واضح عن التوقعات الخاصة بثقافة الفرد. ومن أمثلة هذه الاضطرابات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ويعرض الناس فيه تاريخاً من نبذ مستمر ومزمن وإنتهاكاً لحقوق الآخرين، واضطراب الشخصية الاعتمادية ويظهر فيه الناس نموذجاً من الخضوع وسلوكاً جامداً ومخاوفاً من الانفصال المتعلق بحاجة متزايدة يجب أن تأخذ رعاية خاصة بها .

وبالرغم من أن الناس يتلقون عادة تشخيصاً من محور I أو محور II فإنهم قد يتلقون تشخيصات من كلا المحورين فالحالة السابقة (إ) سوف تتلقى بداية تشخيصاً باضطراب اكتئابى عظيم، واضطراب محور I (أحد اضطرابات المزاج) لأن نموذجها الخاص بالاختلال الوظيفي يحقق هذه المعايير الخاصة بدليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM - IV:

(أ) خمسة على الأقل من الأعراض التالية قد كانت موجودة خلال نفس فترة الأسبوعين وتمثل تغيراً عن الأداء السابق :

١ - مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً.

٢ - اهتمام أو سرور متضاءل بوضوح فى كل أو تقريباً كل النشاطات فى معظم اليوم، كل يوم تقريباً .

٣ - فقد دال للوزن عند عدم التغذية، أو كسب الوزن، أو نقص أو زيادة فى الشهية تقريباً كل يوم .

٤ - أرق أو أرق مفرط كل يوم تقريباً .

٥ - استثارة أو تخلف نفسحركى كل يوم تقريباً.

٦ - تعب أو فقد للطاقة كل يوم تقريباً .

٧ - مشاعر بعدم القيمة أو الإحساس بالذنب المتزايد أو غير ملائم كل يوم تقريباً .

٨ - ضعف القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد، كل يوم تقريباً .

٩ - أفكار متواترة خاصة بالموت (ليس فقط الخوف من الموت)، التفكير الانتحارى المتواتر بدون خطة معينة للقيام بالانتحار، أو محاولة الانتحار .

(ب) تسبب الأعراض أسى دالاً إكلينيكياً أو تلفاً فى مجالات الأداء الهامة أو تلفاً فى مجالات الأداء الهام الاجتماعية والمهنية أو غيرهما (APA, 1994) .

دعنا نفترض أن المُشخص حكم أن الحالة (إ) قد عرضت أيضاً تاريخ حياة خاص بسلوك معتمد مزمن من حيث أنها قد خضعت وتشبثت بالآخرين، وطلبت منهم أن يرعوها ووضعت احتياجاتها الخاصة فى مرتبة أدنى من تلك الاحتياجات الخاصة بالآخرين وفى هذه الحالة، سوف تتلقى أيضاً تشخيص محور الشخصية المعتمدة.

وترشد محاور DSM- IV الباقية الإكلينيكيين إلى تبين وتقرير عوامل غير أعراض العميل التى تتعلق على نحو كامن من تفهم وإدارة الحالة. ومعلومات محور III هى تدوين لأى حالة طبية عامة متعلقة يعانى منها الشخص فى الوقت الحالى. ومعلومات محور IV تشمل مشاكلاً مهنية ومشاكلاً تعليمية، ومشاكل إسكان، ومشاكل متعلقة بالبيئة الاجتماعية. ومعلومات محور V هى تقويم شامل للأداء (GAF)، وتقدير المشخص لمستوى الشخص الشامل للأداء النفسى والاجتماعى والمهنى. وإذا كانت الحالة (إ) مصابة بداء البول السكرى -على سبيل المثال- فإن الإكلينيكى قد يشمل ذلك الذى تحت معلومات محور III وانفصال الحالة (إ) الحديث مع صديقها سيلاحظ بمشاكل محور IV

المتعلقة بالبيئة الاجتماعية. ولأنها بدت تالفة بشكل متوسط فى وقت التشخيص، فإن تقييم الحالة (إ) الشامل الخاص بمقياس الأداء سوف يحتمل أن يكون ٥٥٪ تقريبا على محور V طبقاً لتقييم DSM - IV الشامل الخاص بمقياس الأداء. والتشخيص الكامل للحالة (إ) يمكن إذن أن يكون :

محور I اضطراب اكتئابى عظيم .

محور II اضطراب شخصية معتمدة .

محور III داء البول السكرى .

محور IV مشاكل متعلقة بالبيئة الاجتماعية .

ولأن أنواعاً عديدة من المعلومات التشخيصية تُستخدم فى دليل التشخيص الإحصائى DSM - IV، فإن كلاًّ منها يحدد بواسطة «محور» مختلف يعرف كنظام متعدد المحاور. والتشخيصات التى وصلت تحت هذا النظام التصنيفى يتوقع أن تكون أكثر معلومية وتؤخذ فى الاعتبار بحذر أكثر من تلك المشتقة من دليل التشخيص DSM الأسبق .

## الثبات والصدق فى التصنيف

إن قيمة نظام تصنيفى تشخيصى، مثل ذلك الخاص بطرق التقييم المتنوعة، يحكم عليها بثباتها وصدقها. والثبات Relability هنا يعنى أن المشخصين المختلفين يوافقون على أن نموذجاً معيناً من سلوك ملحوظ يجب أن يخصص لفئة معينة، وإذا بقى مشخصون مختلفون يصلون إلى تشخيصات مختلفة بعد ملاحظة نفس السلوك، فإن النظام التصنيفى حينئذ لايكون ثابتاً جداً.

وقد كانت الصورة المبكرة لدليل التشخيص الإحصائي DSM ثابتة على نحو متوسط فقط (Spitzer & Fleiss, 1974). وفي أوائل الستينيات- على سبيل المثال - إعتمد أربعة إكلينيكيين على معايير دليل التشخيص الأول DSM - I، وقابلوا وشخصوا بشكل مستقل ١٥٢ مريضاً أدخلوا حديثاً إلى مستشفى الأمراض العقلية (Beck et al., 1962). وكانت ٥٤٪ فقط من تشخيصات هؤلاء الإكلينيكيين متفقة. وقد وصلت بعض فئات التصنيف إلى إتفاق أكبر (كانت أكثر ثباتاً) من الأخرى، ولم تظهر أي واحدة اتفاقاً أكثر من ٦٣٪. ولأن الإكلينيكيين الأربعة كانوا ذو خبرة في التشخيص، فإن فشلهم في أن يتفقوا قد تم عزوه إلى حد كبير إلى قصور في نظام دليل التشخيص الأول DSM - I التصنيفي، حيث كانت هناك مواصفات خاطئة للفئات، لأنها فئات محددة بشكل أكثر بتحيزات نظرية منها بأعراض معينة.

ولقد أدت المعايير الأوضح والأكثر موضوعية المقدمة بواسطة دليل التشخيص الإحصائي الثالث DSM - III ودليل التشخيص الإحصائي الثالث المراجع DSM - III - R إلى تشخيصات أكثر ثباتاً من سوابقها (Di Nardo et al., 1993). ومع ذلك فإن دراسات الثبات وجدت أكثر من ٧٠٪ إتفاقاً بين الإكلينيكيين الذين إستخدموا هذه الصور من دليل التشخيص الإحصائي (Kirk & Kutchins, 1992). وإحدى المشكلات كانت أن هذه الأنظمة التصنيفية قد إحتوت على بعض الفئات الغامضة المحددة بشكل غير دقيق، مثل «اضطراب اكتئابي لايحدد بغير ذلك» و«اضطراب القلق الذي لايحدد بغير ذلك». وقليل من مثل هذه الفئات كان لابد من تضمينها لأن أعراض العملاء لاتناسب دائماً الفئات الأولية المحددة على نحو أكثر دقة. ولسوء الحظ، فإن الفئات الأكثر غموضاً جلبت كذلك بعض النقص في الدقة والثبات .

ولتعظيم ثبات دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM - IV فإن مجموعات عمله قد أجرت أولاً استعراضات شاملة للبحث المتعلق لتحديد الفئات من دليل التشخيص الإحصائى DSM السابقة التى كانت تنتج حقاً ثباتاً منخفضاً (APA, 1994) . وبعد ذلك، وبناء على إبتكار معايير وفئات تشخيصية جديدة لتضمينها فى دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM-IV، أجريت إثنى عشرة محاولة ميدانية ودراسات جديدة مكثفة فى أكثر من ٧٠ موقعاً، مع ٦٠٠٠ شخص مشاركين للتأكد من أن المعايير والفئات الجديدة كانت ثابتة حقاً. ونتيجة لذلك، يتوقع أن دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM-IV سيكون له ثبات أكبر من أى من سوالفه (APA, 1994) . وقد وجدت مزاعم مماثلة، خلال المراحل الأولية من دليل التشخيص الإحصائى السابقة، رغم أن كثيراً من الإكلينيكيين يقترحون أنه ينبغى أن ننتظر حتى يُستخدم دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM - IV على نطاق واسع ويختبر بواسطة المجتمع الإكلينيكى بصفة عامة قبل عمل أية اقتراحات عن ثباته (Kirk & Kutchims, 1992) .

أما بالنسبة للصدق Validity، فنجد أن صدق نظام التصنيف هو دقة المعلومات التى تقدمها فئة تشخيصية عن الناس المخصصين إلى تلك الفئة وعن أعراضهم. وتكون الفئات خاصة بالاستخدام الأكبر للإكلينيكيين حينما توضح صدقاً تنبئوياً وتلازمياً. ويكون للفئة صدقاً تنبؤياً Predictive validity حينما تساعد على التنبؤ بأعراض وأحداث مستقبلية. على سبيل المثال، أن العرض الشائع لاضطراب الاكتئاب العظيم (MD) هو الأرق أو النوم المفرط. وحينما يعطى الإكلينيكيون الحالة (إ) تشخيصاً خاصاً باكتئاب

عظيم، فإنهم يتوقعون أنها ستنمى فى النهاية هذا العرض حتى مع أنها لاتظهره الآن. علاوة على ذلك، فإنهم يتوقعون أنها ستستجيب للعلاجات التى تكون فعالة للأشخاص المكتئبين الآخرين. وكلما كانت هذه التنبؤات أكثر دقة، كلما كان الصدق التنبؤى للفئة أكبر .

وتبين الفئات صدقاً تلازمياً Concurrent Validity حينما تعطى الإكلينيكيين معلومات عن ملامح أو اضطراب «مرتبط» باضطراب وراء أعراض تشخيصية «أساسية». على سبيل المثال، تقارير دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM-IV بأن يصبح الناس الذين يظهرون اضطراباً اكتئابياً عظيماً لديهم قلق كذلك فى الغالب على نحو متزايد بالنسبة لصحتهم البدنية. فإذا عرضت الحالة (إ) ومعظم الناس الآخرين الذين يتلقون هذا التشخيص ذلك الملمح المرتبط، فإن الفئة تعرض درجة مرتفعة من الصدق التلازمى .

وقد حاول مبتكرو دليل التشخيص الإحصائى الثالث DSM-III ودليل التشخيص الإحصائى الثالث المراجع DSM - III - R أن يبرهنوا على سجلات الصدق الضعيف الخاص بدليل التشخيص الإحصائى الأولى DSM-I ودليل التشخيص الإحصائى الثانى DSM-II باستعراض حذر للكتابات النفسية للتحديد بدقة لما هى الاستنتاجات والتوقعات التى كانت ملائمة لكل فئة (APA, 1987). وبالرغم من أن هذه الصور الأحدث قد عرضت حقاً صدقاً أقوى من دليل التشخيص الإحصائى DSM السابق، فإنها قد كانت لها حقاً بعض القصور فى هذا الميدان .

وقد حاولت قوة مهمة ومجموعات عمل خاصة بدليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM-IV أن تعظم وتقوى صدق هذه الصورة الجديدة والحديثة لدليل التشخيص الإحصائى DSM بإجراء إستعراضات شاملة مرة

ثانية للكتاب الأحدث وتوجيه كثير من التجارب الميدانية لموضوع الصدق. وهكذا، فإن المعايير والفئات الجديدة لدليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM- IV يتوقع أن يكون لها صدق أقوى من الصور الأسبق لدليل التشخيص الإحصائى، ولكن مثل ثبات دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM-IV، فإن صدق الطبعة الأحدث كان لابد أن تختبر على نطاق واسع مع ذلك. ومن المعقول توقع أنه سيكون له أيضاً بعض مشاكل الصدق على الأقل، إذا سلمنا بالمجالات الحالية لعدم الدقة فى هذا المجال، أى لأن المنهج الدقيق الخاص باضطرابات كثيرة لم يكن ليُحدَّد حتى الآن، فالصدق التنبؤى لتلك التشخيصات من المؤكد أنه محدود. وبالمثل، لأن الملامح المرتبطة ببعض الاضطرابات لم تُحدد حتى الآن، فالصدق التشخيصى التلازمى لتلك الفئات سيكون دون تجنب موضع جدل .

## مشاكل خاصة بسوء التفسير الإكلينيكى

نجد أنه حتى مع بيانات تقييم جديرة بالثقة وفئات تصنيفية ثابتة وصادقة، فإن الإكلينيكيين سوف يصلون أحياناً إلى استنتاج خاطئ (Woody & Robertson, 1988). فقد كانت عوامل عديدة تؤثر بشدة فى استنتاجهم وهم يحاولون أن يصيغوا صورة إكلينيكية نافعة وتشخيص ملائم.

أولاً، مثل جميع البشر، فإن الإكلينيكيين قد يخطئون فى معالجة المعلومات. إنهم غالباً مايعطون وزناً كبيراً جداً للبيانات التى يواجهونها أولاً وقليلاً جداً للبيانات التى يكتسبونها لاحقاً (Meehl, 1960) وأحياناً قد ينتبهون كثيراً جداً لمصادر أخرى، مثل رأى الطفل (Mc Coy, 1976). وفى النهاية يمكن أن تتشوه أحكامهم بعدد من التحيزات الشخصية – النوع،

والعمر، والسلالة، والوضع الاجتماعي الاقتصادي (Jenkins- Hall & Sacco, 1991) . وفي دراسة حديثة على سبيل المثال، طُلب من معالجين أمريكيين من البيض أن يشاهدوا مقابلة إكلينيكية مسجلة على شريط فيديو وبعد ذلك يُقوّموا إما إمرأة أمريكية من أصل افريقي أو إمرأة أمريكية بيضاء كانت مكتئبة أو غير مكتئبة. وبالرغم من أن المعالجين قدروا المرأة الأمريكية من أصل أفريقي غير المكتئبة إلى حد كبير مثل المرأة الأمريكية البيضاء غير المكتئبة، إلا أنهم قدروا المرأة الأمريكية الأفريقية المكتئبة بصفات أكثر سلبية وحكموا عليها بكفاءة اجتماعية أقل من المرأة الأمريكية البيضاء .

**ثانياً:** قد يجلب الإكلينيكيون تشوهات متنوعة لعملية إتخاذ القرار (Reisman, 1991). ويعتقد الكثيرون أنه كلما زادت تقنيات التقويم التي يستخدمونها كلما زادت دقة تفسيراتهم (إعتقادات لاتؤدي إلى البحث) (Kahneman & Tuersky, 1973) . ويلتصق البعض كذلك بعناد باعتقادات خاطئة عن معنى بيانات معينة. وكشفت دراسة كلاسيكية - فحصت العمليات التفسيرية المستخدمة بواسطة ٣٢ إكلينيكياً ذوي خبرة في القياس بالرورشاخ - أن الإكلينيكيين كانوا ميالين لتشخيص العملاء الذكور كذوي جنسية مثلية Homosexual كلما عملوا استدلالات مكررة لصور شرج بشري أو حيواني، وملابس أنثوية، وأعضاء تناسلية ذكرية أو أنثوية، أو موضوعات مماثلة في استجاباتهم للرورشاخ (Chapman & Chapman, 1967). وبالرغم من أن البحث لم يجد على نحو متكرر علاقة بين مثل هذه الاستدلالات الخاصة بالرورشاخ والجنسية المثلية، فإن الإكلينيكيين يتمسكوا بما اصطلح عليه مؤلفو الدراسة المسماة اصطلاحاً «ارتباطات خادعة» illusory correlation .

**والعامل الثالث** الذي يمكن أن يشوه التفسير الإكلينيكي هو توقع الإكلينيكيين بأن الشخص الذي يستشيرهم مهنياً لابد أن يكون به في الواقع

بعض الاضطراب. ولأنهم يبحثون عن أداء شاذ، فإن الإكلينيكيين قد يفرطون في رد الفعل لأى بيانات تقويم توصى بالشذوذ، ظاهرة سُميت «زملة أعراض التفسير الخاص Reading-in syndrome (Phares, 1979). وتناقش دراسة دافيد روسنهان (Rosenhan, 1973) الشهيرة والتي توضح بقوة هذه المشكلة، حيث قدم ثمانية أشخاص عاديون أنفسهم إلى مستشفيات للأمراض العقلية يشكون من أنهم قد كانوا يسمعون أصواتاً تقول الكلمات التالية «فراغ»، «مجوف» و«ضربة». وعلى أساس هذه الشكاوى وحدها شخص الإكلينيكيون بالمستشفى هؤلاء «المرضى الكاذبين» كفصاميين وأبقوهم بالمستشفى. وروع «روسنهان» لكيفية عمل الإكلينيكيين بالمستشفى هذا التشخيص وكيف أنهم كانوا مقاومين لتغييره. وبالرغم من أن المرضى الكاذبين تخلوا عن أعراضهم مباشرة بعد إدخالهم المستشفى، إلا أن الإكلينيكيين أبقوهم داخل المستشفى لمدة إثنين وخمسين يوماً. وفيما يبدو أن المحيط الذى عمل فيه هؤلاء الإكلينيكيين جعلهم متوقعين أن يشخصوا أنواعاً معينة من الاضطرابات النفسية حتى عندما لايوجد دليل إكلينيكي مفروض.

## مخاطر فى التشخيص والتسمية

يقصد بالتصنيف مساعدة الإكلينيكيين على فهم السلوك الشاذ، والتنبؤ به، وتغييره. ولكنه قد يصاب ببعض عواقب سيئة الحظ وغير مقصودة. ويعتقد بعض المنظرين أن التسميات التشخيصية قد تكون نبوءات محققة للذات Self Fulfilling prophecies (Rosenhan, 1973). وطبقاً لهذه الفكرة، فحينما يُشخص فرد كمضطرب عقلياً، فإن تلك التسمية غالباً ماتُفسر كعبارة عن السلوك العام والممكن للشخص. وقد ينظر إلى الشخص ويعالج

كذلك بطرق نمطية، ويتم التفاعل معه كمريض أو مصاب بقصور، ويتوقع أن يأخذ دور المريض. وفى دراسة روسينهان (Rosenhan, 1973)، على سبيل المثال، قضى أعضاء الهيئة وقتاً محدوداً يتفاعلون مع أولئك المسمون كمرضى، وأعطوا استجابات قصيرة فقط لأسئلتهم، ومالوا إلى أن يكونوا متسلطين فى تعاملهم مع المرضى، وغالباً ماجعلوهم يشعرون بأنهم غير مرئيين. واستجابة لمثل هذه الاتجاهات والمعاملة، فإن المرضى يعتبرون أنفسهم على نحو متزايد مرضى وقاصرين، وفى النهاية يأتون ليلعبون الدور المتوقع منهم. ويتحقق النبوءة نفسها، فإن التسمية «مريض» Patient تبدو مُبررة .

علاوة على ذلك، يرتبط مجتمعنا ومجتمعات عديدة بوصمة العار للشذوذ، ونتيجة لذلك فإن الناس المسمين مرضى عقليين قد يجدون من الصعب الحصول على عمل ولاسيما على مركز ذى مسئولية، أو يدخلون فى علاقات إجتماعية، حقاً، إنهم أنفسهم قد يفترضون أنهم عاجزون، وغير مسئولين أو مرغوب فيهم بسبب صعوباتهم الانفعالية وقد يستبعدون من الأعمال أو التفاعلات الاجتماعية التى يستطيعون فى الواقع القيام بها على نحو جيد تماماً. وتستمر هذه المشاكل بالرغم من المجهود الهائل من منظمة الصحة العقلية لتعليم العامة.

وبالمثل، فبمجرد أن يتلقى الناس تشخيصاً إكلينيكياً، فإنه قد يلتصق بهم لزمن طويل. وقد يستمر الإكلينيكيون والأصدقاء والأقارب والناس أنفسهم جميعاً فى تطبيق تلك التسميات وقتاً طويلاً بعد أن يكون الاضطراب قد إختفى.

وبسبب هذه المشاكل فإن بعض الإكلينيكيين يريدون أن يتخلصوا من اعتماد المجال الإكلينيكى على التشخيص فى حين لايوافق آخرون. وبالرغم من أنهم يدركوا تماماً القصور والعواقب السلبية الخاصة بالتصنيف والتسمية،

فإنهم يعتقدون أن أفضل علاج هو العمل تجاه زيادة مايعرف عن الاضطرابات المتنوعة وتحسين الوسائل الخاصة بتشخيصها (Akiskal, 1989). إنهم يعتقدون أن التصنيف والتشخيص يمكن أن يؤدى إلى معلومات قيمة تقدم إلى حد كبير فهم وعلاج الناس الذين فى أسى أو كرب Distress، وأن إلقاء تلك المعلومات بعيداً سيكون كارثة شديدة للقياس، وأنه سوف يخلق مشاكلاً أكثر مما قد يحلها .

## الخلاصة :

يهتم الممارسون الإكلينيكيون أساساً بجمع معلومات فردية عن العملاء، إنهم يسعون إلى فهم كامل للطبيعة النوعية وأصول مشاكل العملاء عن طريق ثلاث خطوات هى: **التقييم**، أو تجميع المعلومات عن مشاكل الشخص، **والتفسير**، أو ضم البيانات لبعضها لتكوين صورة إكلينيكية عن الشخص، **والتشخيص**، أو عملية تحديد ماإذا كان اختلال الشخص يكون اضطراباً نفسياً.

**التقييم الإكلينيكى**، ويتم إجرائه قبل وخلال وبعد العلاج. وغالباً ماتعتمد التقنيات والأدوات المعينة للتقييم التى يستخدمها الإكلينيكيون على توجههم النظرى. وتقع معظم طرق التقييم فى ثلاث فئات عامة، هى: المقابلات، والاختبارات، والملاحظات. فتسمح **المقابلات الإكلينيكية** للممارس بأن يتفاعل مع شخص ويعرف بصفة عامة من هو الشخص. وقد يجرى الإكلينيكى مقابلة **بنائية أو غير بنائية** .

**والاختبارات الإكلينيكية** هى وسائل تجمع المعلومات عن نواح قليلة عن الأداء النفسى لشخص، وليست معلومات أوسع عن ذلك الشخص يمكن

الاستدلال عليها. وهي تشمل اختبارات إسقاطية، وقوائم محدودة خاصة بتقدير الذات، واختبارات نفسفسيولوجية، واختبارات نفسعصبية، واختبارات ذكاء. ولكي يكون الاختبار نافعاً يجب أن يكون مقنناً وثابتاً وصادقاً .

ولأن كل نمط من الاختبارات يقصر في واحد أو أكثر من المعايير الرئيسية الخاصة بالتقنين والثبات والصدق، فإن الإكلينيكيين يطبقون بصفة عامة بطارية من الاختبارات تُقيم أداء نفسياً. وحتى مع هذا، فإن النتائج تستخدم عادة لتوضيح وإلحاق المعلومات المجمعة في المقابلة الإكلينيكية.

والطريقة الثالثة للتقييم الإكلينيكي هي الملاحظة الإكلينيكية. وتتمثل الاستراتيجيتان الخاصتان بملاحظة سلوك الناس في الملاحظة البنائية والملاحظة غير البنائية. كما يستخدم الإكلينيكيون الإجراء المتعلق بمراقبة الذات: يلاحظ الأشخاص أنفسهم ويسجلون بحذر السلوك والمشاعر والمعارف وهي تحدث طوال اليوم .

ويجب على الإكلينيكيون أن يفسروا المعلومات التي جمعوها ليصلوا إلى تشخيص مشكلة الشخص. وبصفة عامة يبدو أن الإكلينيكيين يستخدمون نموذجاً إضافياً، أو خطياً حينما يفسرون المعلومات الخاصة بعميل: إنهم يبنون استنتاجاتهم على عدد استجابات التقييم المبينة في نفس الاتجاه .

والتشخيص هو الخطوة التالية، وتحديد أن المشاكل النفسية للشخص تتكون من اضطراب عقلي خاص. والنظام الذي ابتكره الاتحاد الأمريكي للطب النفسي هو دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM).

والصورة الأكثر حداثة لهذا الدليل هي المعروفة بدليل التشخيص الإحصائي الرابع DSM - IV، تدون مايقرب من ٣٠٠ اضطراب. ويجب على

الإكلينيكيين الذين يستخدمونه لعمل التشخيص أن يقوموا بتقويم حالة العميل وفقاً لخمسة محاور أو فئات خاص بالمعلومات. والصور الأكثر حداثة لدليل التشخيص الإحصائى DSM قد برهنت على أنها أكثر ثباتاً وصدقاً نوعاً ما من الصور الأسبق. ولأن دليل التشخيص الإحصائى الرابع DSM- IV جديداً، فإن ثباته وصدقه يجب، مع ذلك، أن يتلقيا مراجعة إكلينيكية واسعة .

وحتى مع بيانات تقييم جديرة بالثقة وفئات تصنيف ثابتة وصادقة، فإن الإكلينيكيين لم يصلوا دائماً إلى الاستنتاج الصحيح. إن عواملاً كثيرة يمكن أن تفسد حكمهم. إنهم قد يتأثرون صراحة بالبيانات الأولية التى يتلقونها عن شخص، إنهم قد يجلبون سوء تصورات خاصة بالمنهجية لعملية اتخاذ القرار، إنهم قد يتمسكون باعتقادات خاطئة، وقد تكون لديهم تصورات سابقة عن شخص ينشد المساعدة. وبكلمات أخرى، فالإكلينيكيون بشر ويقعون غنيمة أو فريسة للتحيزات وسوء التصورات التى تحدق بنا جميعاً.

ويعتقد بعض الناس أن تشخيص مريض يؤدى إلى أذى أكثر مما يؤدى إلى نفع، لأن عملية التسمية والإجحاف التى تثيرها التسميات قد تكون متلفة للشخص الذى يتم تشخيصه. ومع ذلك، فإن معظم الإكلينيكيين يعتقدون أن التصنيف والتشخيص يؤديان إلى معلومات قيمة تساعدهم على فهم وعلاج الناس الذين يعانون من الأسى أو الكرب.

**مراجع الفصل السادس :**

1- Abel, G. (1989). Paraphilias. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), Comprehensive textobook of psychiatry (Vol. 1, 5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

2- Aiken, L. (1985). Psychological testing and assessment (5th ed.). Boston: Aleyn & Bacon.

3- Akiskal, H. (1989). The classification of mental disorders. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1, 5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

4- Alevizos, P., DeRisi, W., Liberman, R., Eckman, T., & Callahan, E. (1978). The behavior observation instrument: A method of direct observation for program evaluation. J. Appl. Behav. Anal., 11, 243-257.

5- American, Psyciatric Assoc. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd. ed.) Washington, DC: Author.

6- American Psychiatric Assoc. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd rev. ed.). Washington, DC: Author.

7- American Psychiatric Assoc. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC: Author.

8- Anasiasi, A. (1982). Psychological testing (5th ed.), New York: Macmillan.

9- Bech, P. (1992). Symptoms and assessment of depression. In E. Paykel (Ed.), Handbook of Affetive Disorders. New York: Guilford.

10- Beck, A. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row.

11- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. Ame. Psychol. 46 (4), 368-375.

12- Bellack, A., & Hersen, M. (1980). Introduction to clinical psychology. New York: Oxford Up.

13- Bellack, L. & Bellak, S. (1952). Children's apperception test. New York: Psychology Corp.

14- Binet, A., & Simon, T. (1916). The development of intelligence in children (The Bient-Simon Scale). Baltimore: Williams & Wilkins.

15- Bornstein, P., Hamilton, S., & Bornstein, M. (1986). Self-monitoring procedurs. In A. Ciminero, K. Calhoun & H. Adams (Eds.), Handbook of behavioral assessment (2nd ed.). New York: Wiley.

16- Bornstein, R., Klein, D., Mallon, J., & Slater, J. (1988). Schizotypal personality disorders in an outp-atient population: Incidence and clinical characteristics. J. Clin. Psych., 44 (3), 322-325.

17- Boulougouris, J., Rabavilas, A., & Stefanis, C. (1977). Psychophsiological responses in obsessive-compulsive patients. Behav. Res. Ther., 15 (3), 221-230.

18- Budoff, M. (1987). Measures for assessing learning potential. In C. Lidz (Ed.,), Dynamic assessment: An interactional approch to evaluating learning potential (PP. 173-195). New York: Guilford.

19- Burgess, E., & Haaga, D. (1994). The Positive Automatic Thoughts Questionnair (ATQ-P) and the Automatic Thoughts Questionnair-Revised (Ato-RP): Equivalent measures of positive thinking? Cog Ther. Res., 18 (1), 15-23.

20- Butler, R., & Satz, P. (1989). Psychological assessment of personality of adults and children. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), Comperehensive textbook of psychiatry (Vol. 1, 5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

21- Campione, J., & Brown, A. (1987). Linking dynamic assessment with school achievement. In C. Lidz (Ed.), Dynamic assessment: An

interactional approach to evaluting learning potential (PP. 82-111). New York: Guilford.

22- Carlson, M. (Ed.). (1995). European contribations to dynamic assessment. London: JAI Press Ltd.

23- Cautela, J., & Kastenbaum, R. (1967). A reinforcement survey schedule for use in therapy, training, and research. Psych. Rep., 20, 1115-1130.

24- Caurela, J., & Upper, D. (1976). The behavioral inventory battery. In M. Hersen & A. Bellach (Eds.), Behavioral assessment: A practical handbook. New York: Pergamon.

25- Chapman, L., & Chapman, J. (1967). Genesis of popular but erroneous diagnostic observations. J. Abnorm. Psychol., 72, 193-204.

26- Clavelle, P. (1992). Clinicians perceptions of the comparability of the MMPI and MMPI-2. Psychological Assessment, 4 (4), 466-472.

27- Colligan, R., & Offord, K. (1992). The MMPI: A Contemporary Normative Study of Adolescents. Norwood, NJ: Alex Publishing Corporation.

28- Conway, J. (1977). Behavioral self-control of smoking through aversive conditioning and self-management. J. Cons. Clin. Psychol., 45(3), 348-357.

29- Cook, E., Melamed, B., Cuthbert, B., McNeil, D., & Lang, P. (1988). Emotional the differential diagnosis of anxiety. J. Cons. Clin, Psychol. 56, 734-740.

30- Cronbach, L., & Meehl, P. (1955). Construct Validity in psychology tests. Psychol. Bull., 52, 281-302.

31- Dahlstrom, W. (1993). Tests: Small samples, large consequences. Amer. Psychol., 48, (4), 393-399.

32- Di Nardo, P., Moras, K., Barlow, D., Rapee, R., & Brown, T. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. Arch. Gen. Psychiat., 50, 251-256.

33- Eisenthal, S., Koopman, C., & Lozare, A. (1983). Process analysis of two dimensions of the negotiated approach in relation to satisfaction in the intial interview. J. Nerv. Ment. Dis., 171, 49-54.

34- Erlich, J., & Reisman, D. (1961). Age and authority in the interview. Public Opinion Quart., 25,39-56.

35- Exner, J. (1993). The Rorschach; A Comprehensive System, Voluame 1: Basic Foundations (3rd ed.). New York: Wiley.

36- Feuerstein, M., & Adams, H. (1977). Cephalie vasomotor feedback in the modification of migraine headache. Biofeed. Self-Reg, 2 (3) 241-254.

37- Feuerstein, R., Rand, Y., & Hoffman, M. (1979). Dynamic assessment of retarded perormers. Baltimore: University Park Press.

38- Field, T. (1977). Effects of early separation, interactive deficit, and experimental manipulations on infant-mother face-to- face interaction. Child. Dev., 48 (3), 763-771.

39- Floyd, F., O'Farrell, T., & Goldberg, M. (1987). Comparison of marital observational measures: The Marital Interaction Goding System and the Communications Skills Test. J. Cons. Clin. Psychol., 55(3), 2200.

40- Folstein, S., & Rutter, M. (1977). Genetic influences in infantile autism. Nature, 265, 726-728.

41- Folstein, S., & Rutter, M. (1988). Autism: Familial aggregation and genetic implications. J. Autism Dev. Dis., 18, 3-11.

42- Foster, S., & Cone., J. (1986). Design and use of direct observation. In A. Ciminero, K. Calhoun & H. Adams (Eds.), Handbook of behavioral assessment (2nd ed.). New York: Wiley.

43- Frederiksen, N. (1993). Changing conceptions intelligence In G. Brannigan & M. Merrens (Eds.), The Undaunted psychologist: Advantures in research. New York: McGraw-Hill.

44- Geer, J. (1965). The development of a scale to measure fear. Behav. Res. Ther., 3, 45-53.

45- Golden, M. (1964). Some effects of combining psychological tests on clinical inferences. J. Cons. Clin. Psychol., 28, 440-446.

46- Goldstein, G. (1990). Comprehensive Neuropsychological Assessment Batteries. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), Handbook of Psychological assessment (2nd ed.). New York: Pergamon.

47- Goldstein, G., & Hersen, M. (1990). Historical Perspectives. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), Handbook of psychological assessment (2nd ed.). New York: Pergamon.

48- Graham, J. (1977). The MMPI: A practical guide, New York: Oxford up.

49- Graham, J. (1987). The MMPI: A practical guide (2nd ed.). New York: Oxford up.

50- Graham, J., & Lilly, R. (1984). Psychological testing. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

51- Guthke, J. (1992). Learning tests: The concept, main research findings, problems trends. Learning and Individual Difference, 4, 137-151.

52- Hall, G., Proctor, W., & Nelson, G. (1988). Validity of physiological measures of pedophilic sexual arousal in a sexual offender population. J. Cons. Clin. Psychol., 56, 718.

53- Halstead, W. (1947). Brain and intelligence: A quantitative study of the frontal lobes. Chicago: Univ. Chicago.

54- Hamers, J., Hessels, M., & Van Luit, J. (1991). Leerntest voor etnische minderheden: Test en handleiding (Learning potential test for ethnic minorities: Test and manual). Lisse: Swets & Zeitkiner.

55- Hammer, E. (1981). Projective drawings. In A Robins (Ed.), Assessment with projective techniques. New York: Springer.

56- Hammond, K., & Summers, D. (`1965). A cognitive dependence on linear and non-linear cues. Psych. Rev., 72, 215-224.

57- Harrell, T., Honakr, L., & Parnell, T. (1992). Equivalence of the MMPI-2 and the MMPI in psychiatric patients. Psychological Assessment, 4(4), 460-465.

58- Harris, F., &Lahey, B. (1982). Subject reactivity in direct observation assessment: A review and critical analysis. Clin. Psychol. Rev., 2, 523-538.

59- Haynes, S. (1990). Behavioral assessment of adults. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), Handbook of psychological assessment (2nd ed.). New York: Pergamon.

60- Heaton, R., Baade, L., & Johnson, K. (1978). Neuropsychological test results associated with psychiatric disorders in adults. Psychol. Bull., 85, 141-162.

61- Heiman, J. (1977). A psychophysiological exploration of sexual-arousal patterns in females and males. Psychophysiology, 14, 266-274.

62- Helms, J. (1992). Why is there no study of cultural equivalence in standardized cognitive ability testing? Amer. Psychol., 47 (9), 1083-1101.

63- Jenkins-Hall, K., & Sacco, W. (1991). Effect of client race and depression on evaluations by white therapists. Journal of Social and Clinical Psychology, 10(3), 322-333.

64- Kahneman, D., & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. Psych. Rev., 80, (4), 237-251.

65- Kendall, P. (1990). Behavioral assessment and methodology. In C. Franks, G. Wilson, P., Kendall, & J. Foreyt (Eds.), Review of behavior therapy: Theory and practice (Vol. 12). New York: Guilford.

66- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittehen, H., & Kendler, K. (1994). Lifetim and 12-months prevalence of DSM-111-R Psychiatric disorders in the United States. Arch. Gen. Psychiat., 51, 8-19.

67- Kilmann, P., Wagner, M., & Sotile, W. (1977). The differential impact of self-monitoring on smoking behavior: An exploratory study. J. Clin. Psychol., 33(3), 912-914.

68- Kirk, S., & Kutchins, H. (1992). The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry. New York: Aldine De Gruyter.

69- Klin, A. (1993). Auditory brainstem responses in autism: Brainstem dysfunction or peripheral hearing loss? J. Autism Dev. Dis., 23 (1), 15-35.

70- Klin, P. (1993). The Handbook of Psychological Testing, New York: Routledge.

71- Klopfer, B., & Davidson, H. (1962). The Rorschach technique. New York: Harcourt, Brace.

72- Korchin, S. (1976). Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community. New York: Basic Books.

73- Korchin, S., & Sands, S. (1983). Principles common to all psychotherapies. In C. Walker et al. (Eds.), The handbook of clinical psychology. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

74- Lang, P. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A. Tuma & J. Maser (Eds.), Anxiety and anxiety disorders, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

75- Langwieler, G., & Linden, M. (1993). Therapist induviduality in the diagnosis and treatment of depression, J. Affect. Dis., 27, 1-12.

76- Leon, G. (1984). Case histories of deviant behavior (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

77- Leon, R., Bowden, C., & Faber, R. (1989). The psychiatric intervew history, and mental status examination. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1, 5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

78- Lerner, H., & Lerner, P. (Eds.). (1988). Primitive mental states and the Rorschach. Madison, CT: Inter. Unive. Press.

79- Levitt, E. (1989). The clinical application of MMPI Special Scales. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

80- Lidz, C. (1987). Historical perspectives. In C. Lidz (Ed.). Dynamic assessment: An interactional approach to evaluating learning potential (PP. 3-32). New York: Guilford.

81- Lidz, C., & Jepsen, R. (1999). The Application of Cognitive Functions Scale (ACFS). Unpublished manual, available from C. Lidz, Touro College, New York.

82- Little, K., & Shneidman, E. (1959). Congruences among interpretations of psychological tests and amamnestic data. Psychology Monographs, 73 (476).

83- Mahoney, M. (1977). Some applied issues in self-monitoring. In J. Cone & R. Hawkins (Eds.), Behavioral assessment: New directions in clinical psychology. New York: Brunner/ Mazel.

84- Maletzky, B. (1977). Booster sessions in aversion therapy: The permanency of treatment. Behav. Ther. 8(3), 400-463.

85- May, J. (1977). A psychophysiological study of self and externally regulated phobic thoughts. Behav. Ther, 8, 849-861.

86- McCoy, S. (1976). Clinical judgments of normal childhood behavior. J. Cons. Clin. Psychol., 44(5), 710-714.

87- Meehl, P. (1960). The cognitive activity of the clinician. Amer. Psychol., 15, 19-27.

88- Meier, M. (1992). Modern clinical neuropsychology in historical perspective. Amer. Psycho., 47(4), 550-558.

89- Montagu, J., & Coles, E. (1966). Mechanism and measurment of the galvanic skin response. Psychol. Bull. 65, 261- 279.

90- Nelson, R. (1977). Assessment and therapeutic functions of self-monitoring. In M.Hersen, R. Eisler, & P. Miller (Eds.), Progress in behavior modification. New York: Academic Press.

91- Nelson, R. (1981). Realistic dependent measures for clinical use. J. Cons. Clin. Psychol., 49, 168-182.

92- Norris, P., & Fahrion, S. (1993). Autogenic biofeedback in psychophysciological therapy and stress mangement. In P. Lehrer & R. Woolfolk (Eds.), Principles and Practice of Stress Management (2nd ed.). New York: Guilford.

93- Novaco, R. (1977). Stress innoculation: A cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. J. Cons. Clin. Psychol., 45(4), 600-608.

94- O'Leary, K., & Kent, R. (1973). Behavior modification for social action: Research tactics and problems. In L. Hamerlynck, L. Handy, & F. Mash (Eds.), Behavior change: Methodology, concepts, and practice. Champaign, IL: Research press.

95- Patterson, G. (1977). Naturalistic observation in clinical assessment. J. Abnormal Child Psychology, 5(3), 309-322.

96- Payne, A. (1928). Sentence completion. New York: Guidance Clinics.

97- Peterson, D. (1968). The clinical study of social behavior. New York: Appleton-Century-Crofts.

98- Phares, E. (1979). Clinical psychology: Concepts, methods, and profession. Homewood, IL: Dorsey.

99- Reisman, J. (1991). A history of clinical psychology (2nd ed.). New York: Hemisphere Pub. Corp.

100- Reitan, R., & Wolfson, D. (1985). The Halstead-Retian Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretcetion. Tucson, AS: Neuropsychology.

101- Reyna, L. (1989). Behavior therapy, applied, applied behavior analysis, and behavior modification. In J. Hobson (Ed.), Abnormal states of brain and mind. Boston.

102- Robins, L., Wing, J., Wittchen, H., Helzer, J., Babor, T., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., & Towle, L. (1988). The Composite International

Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and different cultures. Archives of General Psychiatry, 45, 1069-1077.

103- Robins, L. , Helzer, J., Croughan, J., & Ratcliff, K. (1981). National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule. Its history, characteristics, and Validity. Archives of General Psychiatry, 38, 381-389.

104- Rosenhan, D. (1973). On being sane in insane places. Science, 179 (4070), 250-258.

105- Sanderman, R, & Ormel, J. (1992). De utrechtse Coping Lijst (UCL): Validity and Gezondheid Tijdschrift voor Psychologic and Gezondheid, 20(1), 32-37.

106- Shea, S. (1988). Interviewing: The art of understanding. Philadelphia: Saunders.

107- Shea, S. (1990). Contemporary psychiatric intervewing: Integration of DSM-111-R, psychodynamic concerns and mental status. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.). Handbook of psychological assessment (2nd ed.). New York: Pergamon.

108- Shedler, J., Mayman, M., & Mains, M. (1993). The illusion of mental health. Amer. Psychol., 48, (11), 1117-1131.

109- Shuller, D., & MCNamara, J. (1980). Theuse of information derived from norms and from a credible source to counter expectancy effects in behavioral assessment. Behav. Assess., 2,183-196.

110- Simpson, R., & Sasso, G. (1992). Full inclusion of students with autism in general education settings: Values versuesscience. Fecuson Autistic Behavior, 7(3), 1-13.

111- spitzer, R., & Fleiss, J. (1974). A reanalysis of the reliability of psychiatric diagnosis. Brit. J. Psychiat., 125, 341-347.

112- Sullivan, H. (1954). The psychiatric interview. New York: Norton.

113- Sundberg, N., Tyler, L., & Taplin, J. (1973). Clinical psychology: Expanding horzons (2nd ed.). Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall.

114- Swanson, H. (1995). Swanson-Cognitive Processing Test. Austin, TX: Pro-Ed.

115- Thompson, M., & Conrad, P. (1977). Multifaceted behavioral treatment of drug dependence: A case study. Behav. Ther., 8 (4), 731-737.

116- Turner, S., Hersen, M., & Bellack, A. (1977). Effects of social disruption, stimulus. Interference, and aversive conditioning on auditory hallucinations. Behav. Mod. 1(2), 249-258.

117- Tzuriel, D. (no date). The Cognitive Modifiability Battery: Assessment and intervention. Instruction manual. Ramat Gan, Israel: School of Education, Bar Ilan University.

118- Van Dam, F., Honnebier, W., Van Zalinge, E., & Barendragt, J. (1976). Sexual arousal measured by Photoplethysmography. Behav. Engineering, 3 (4), 97-101.

119- Wade, T., Baker, T., & Hartmann, D. (1979). Behavior therapists, self-reported views and practices. Behav. Ther., 2 (1), 3-6.

120- Wiens, A. (1990). Structured clinical interviews for adults. In G. Geldstein & M. Hersen (Eds.), Handbook of psychological assessment (2nd ed.). New York: Pergamon.

121- Wiggins, J. (1973). Personality and prediction: Principes for personality assessment. Reading, MA: Addison-Wesley.

122- Wincze, J., & Lange, J. (1981). Assessment of sexual behavior. In D. Barlow (Ed.), Behavioral assessment of adult disorders. New York: Guilford.

123- Wing, J. (1983). Use and misuse of the PSE. British Journal of Psychiatry, 143, 111-117.

124- Woody, R., & robertson, M. (1988). Becoming a clinical Psychclogist. Madison, CT: International Universities Press.

125- Zilboorg, G., & Henry, G. (1941). A history of medical psychology. New York: Norton.

# الفصل السابع
# القياسات فى الممارسة الإكلينيكية
# Measures for Clinical Practice

توجد مئات المقاييس والقوائم والاستبيانات والاختبارات النفسية المستخدمة فى الممارسة الإكلينيكية، والتى تهتم بتقييم القدرات العقلية أو تقييم الشخصية، وقد نوه المؤلف عنها فى الفصل السابق (التقييم النفسى). أما فى هذا الفصل، الحالى، فسوف نلقى الضوء على مجموعة من المقاييس النفسية التى تستخدم فى الممارسة الإكلينيكية والتى تهدف إلى التقييم الكمى لبعض الاضطرابات العقلية. وجدير بالذكر أن بعض تلك المقاييس هو مقاييس قد قام المؤلف الحالى باقتباسها من البيئة الأجنبية وتعريبها، وأن بعضها الثانى هو مقاييس قام المؤلف الحالى بإعدادها فى البيئة المصرية، وأن بعضها الثالث فهو مقاييس تم إعدادها من قبل بعض الباحثين المصريين. وسوف نعرض فى هذا الفصل كل مقياس موضحين من هو مؤلفه أو معربه، والغرض من المقياس، وكذلك وصفه، ثم إبراز بعض البيانات عن كيفية تصحيحه، ومعاييره، وثباته وصدقه .

**مقياس مسح المزاج: Mood Survey**

**المؤلفون :** بيل أندار وود ووليام فرومينج B. Underwood & W. Froming

**الغرض:** قياس الأمزجة السعيدة والحزينة .

**الوصف:** هو أداة مكونة من ١٨ بنداً، أعدت لتقويم الأمزجة والسمات السعيدة والحزينة كخصائص شخصية طويلة المدى. وتعالج الأمزجة السعيدة والحزينة كنقاط نهائية على متصل فى محاولة لتحديد الناس

الذين يختلفون في مستوى متوسط المزاج الذي يسود فترة طويلة من الزمن. وقد اقترح تحليل تصوري للأمزجة ثلاثة أبعاد بُني عليها تشييد مبدئي لمسح أو فحص المزاج، هي: متوسط مستوى المزاج، وتكرار تغير المزاج، والشدة التي يتفاعل بها الناس للخبرات المزاجية. وفي الواقع يوجد مقياسين فرعيين مبدئياً لمقياس مسح المزاج، هما: مستوى المزاج Level of mood والتفاعلية للمواقف Reactivity to Situations .

**المعايير :** أجريت دراسات لتحديد الخواص السيكومترية لمقياس فحص المزاج. وكلها كانت قائمة على طلاب دون التخرج في قسم علم النفس (٥٩١ ذكراً و ٧٩٦ أنثى). ولم تقرر بيانات ديموجرافية إضافية ولامعايير معينة .

**التصحيح:** يصحح هذا المقياس وفقاً لمقياس ليكرت المكون من ست نقاط تبدأ من (١= أعارض بشدة) حتى (٦ أوافق بشدة). ويُصحح المقياس الفرعي الأول (مستوى المزاج) بشكل إيجابي وخاصة البنود ١، ٥، ٧، ٩، ١٢، ١٤، ١٧، ١٨، وبشكل عكسي وخاصة البنود ٥، ٩ .

**الثبات :** يتمتع المقياس الحالي بالاستقرار عبر الزمن، حيث بلغ معامل الثبات بطريقة التطبيق وإعادته بفاصل زمني ٣ أسابيع ٨٠ر٠ و ٨٥ر٠ لمقياس مستوى المزاج ورد الفعل للمواقف على التوالي. ولم تتح بيانات عن الاتساق الداخلي .

**الصدق :** تم حساب الصدق بطريقة الصدق التلازمي من خلال حساب الارتباط بين الأداة الحالية وبعض المقاييس الأخرى مثل قائمة بيك للاكتئاب (BDI) وقائمة مراجعة الصفات المزاجية (MAC) وجاءت الارتباطات جوهرية .

**نماذج من البنـود :**

أدناه يوجد عدد من العبارات عن الخبرة الخاصة بأمزجتك. ونحن نريد منك قراءة كل عبارة بدقة، وتعبر عن رأيك بأمانة بوضع دائرة حول الرقم الذى يعبر عن مدى معارضتك أو موافقتك على العبارة .

| | أعارض بشـدة | أعارض بشكل معتدل | أعارض نوعاً ما | أوافق نوعاً ما | أوافق بشكل معتدل | أوافق بشدة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ – قد أتغير من السعادة إلى الحزن والعودة مرة ثانية عدة مرات فى أسبوع واحـــد | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ |
| ٢ – أشعر عادة بابتهاج تام .................. | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ |
| ٣ – أنظر بصفة عامة للجانب المضيىء للحياة | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ |

## قائمة بيك للاكتئاب (د –٢) (BD I - II)

**المؤلـــف:** أرون بيك A. Beck

**المعـــرب:** غريب عبد الفتاح .

**الغـــرض:** قياس الأعراض الاكتئابية .

**الوصـــف:** تتكون القائمة من ٢١ مجموعة من العبارات تتعلق كل منها بعرض من أعراض الإكتئاب، وتتدرج بحسب الشدة فى أربع عبارات بجوار كل عبارة درجة موضوعة تتراوح مابين صفر إلى ٣ درجات، ويضع المبحوث دائرة حول الدرجة الموضوعة للعبارة التى يرى أنها تنطبق عليه .

**الثبـــات:** تتمتع القائمة بالإستقرار عبر الزمن، حيث بلغ معامل الثبات بطريقة التطبيق وإعادته ٧٥ر٠، ٧٤ر٠، ٧٤ر٠ لدى الذكور، ولدى

الإناث، ولدى العينة الكلية على التوالى. كما تتمتع القائمة بالاتساق الداخلى حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ ٧٩ر٠، ٨٨ر٠، ٨٣ر٠ لدى الذكور ولدى الإناث ولدى العينة الكلية على التوالى .

**الصدق:** قام معرب القائمة بحساب الصدق بطريقتى الصدق العاملى والصدق التلازمى من خلال حساب الارتباط بين الأداة الحالية وكل من مقياس توكيد الذات ومقياس القلق. وجاءت نتائج الصدق حاسمة ومدعمة لصدق القائمة (أنظر: غريب عبد الفتاح، ٢٠٠٠).

## إستبيان الخبرات الإكتئابية :

**The Depressive Experiences Questionaire**

**المؤلفون:** بلات وزملاؤه. Belatt et al

**المعرب:** حسين فايد .

**الغرض:** قياس الخبرات الاكتئابية .

**الوصف:** هو أداة للتقرير الذاتى أعدت بهدف تقييم المشاعر والاتجاهات الخاصة بالذات والعلاقات الشخصية المتبادلة قاصراً على أعراض الاكتئاب. وقد أسفر التحليل العاملى الذى أجراه معدو الاستبيان عن وجود ثلاثة عوامل رئيسية، هى: الاعتمادية ونقد الذات والكفاءة. والأداة مكونة من ٦٦ عبارة، يطلب من المبحوث الإستجابة على كل عبارة وفقاً لمقياس «ليكرت» المتدرج من سبع نقاط إبتداء من (١= أعارض بدرجة ضعيفة) إلى (٧= أوافق بدرجة شديدة). وقد صُمم الاستبيان بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى الجانب السلبى من السلوك المراد قياسه، بمعنى أنه كلما إرتفعت الدرجة كان ذلك

مؤشراً إلى زيادة الاعتمادية فى المقياس الفرعى الأول: أو زيادة نقد الذات فى المقياس الفرعى الثانى، أو زيادة عدم الكفاية فى المقياس الفرعى الثالث .

**التصحيح**: يصحح الاستبيان من خلال الجمع الجبرى لدرجات معارضة أو موافقة المبحوث على جميع العبارات، باستثناء العبارات أرقام (٧-٨-١٢-١٤-١٥-١٩-٢١-٢٦-٣٠-٣٤-٤١-٤٢-٤٤-٤٥-٤٦-٤٧ - ٤٨-٤٩) يتم تصحيحها فى الاتجاه العكسى. ويمكن أن نحصل على درجات على كل مقياس فرعى.

**الثبـــات**: إستخدم معدو الاستبيان طريقة ألفاكرونباخ لحساب الثبات للإستبيان وبلغ الثبات ٧٥ر٠ الأمر الذى يعكس تمتع المقياس بالاتساق الداخلى، كما تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمنى مقداره ١٣ أسبوعاً وبلغ معامل الثبات ٧٩ر٠ لجميع المقاييس الفرعية. وفى البيئة العربية تم حساب الثبات بطريقتى إعادة التطبيق والتجزئة النصفية (فردى - زوجى)، وجاءت نتائج الثبات حاسمة ومدعمة لتمتع الاستبيان بالاستقرار عبر الزمن وبالاتساق الداخلى (لمزيد من التفصيل أنظر: حسين فايد، ٢٠٠٤) .

**الصـدق**: تم التحقق من الصدق - فى البيئة الأجنبية - بطريقتى الصدق العاملى والصدق التلازمى، وجاءت نتائج الصدق حاسمة ومدعمة لصدق الاستبيان. وفى البيئة المحلية قام معرب المقياس بحساب الاتساق الداخلى كمؤشر لصدق المحتوى، فضلاً عن الصدق التلازمى للاستبيان من خلال حساب الارتباط بين أبعاده وقائمة بيك

للاكتئاب، وجاءت نتائج الصدق مدعمة وحاسمة لصدق الاستبيان، وقياس الظاهرة التي وضع لقياسها (لمزيد من التفصيل أنظر: حسين فايد، ٢٠٠٤).

## نماذج من البنود:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي يصف بهاالناس أنفسهم وعلاقاتهم مع الآخرين، ويوجد أمام كل عبارة ٧ درجات، والمطلوب منك قراءة كل عبارة بعناية، ثم ضع دائرة O حول الرقم المناسب الذي يعبر عن درجة معارضتك أو موافقتك على العبارة.

| العبارة | أعارض بشدة | أعارض بدرجة متوسطة | أعارض بدرجة ضعيفة | لاأستطيع التحديد | أوافق بدرجة ضعيفة | أوافق بدرجة متوسطة | أوافق بدرجة شديدة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ - بدون مساندة الآخرين القريبين مني يمكن أن اكون عاجزاً ................................ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ٢ - أحياناً أشعر أنني ذو أهمية كبيرة وأحياناً أخرى أشعر أنني ذوأهمية بسيطة .......... | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ٣ - أحدد أهدافي ومعاييري وفقاً لأعلى مستوى يمكن تحقيقه.............................. | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ٤ - يمكن أن أشعر بأنني أفتقد جزءاً هاماً من نفسي إذا ماإفتقدت صديقاً حميماً ........ | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |

## استبيان حساسية القلق :

**المؤلفـــون:** تايلور وكوكس Taylor & Cox

**المعــــرب:** حسين فايد.

**الهـــدف:** قياس حساسية القلق .

**الوصـــف:** يتكون الاستبيان من ٦٠ بنداً تمثل الأعراض فى ستة مجالات هى، : (١) الأوعية القلبية، (٢) الجهاز التنفسى،(٣) المعديمعوية، (٤) ردود فـعل القلق الملحـوظة عـامـة، (٥) إخـتـلال التـحكم المعـرفى، (٦)أعراض تفككية وعصبية. والاستبيان من نوع «مقياس ليكرت» المتدرج من سبع نقاط يطلب من المبحوث تحديد درجة موافقته على كل بند وفقاً لهذه النقاط والمتمثلة فى (غير محـتمل إطلاقـاً ١ ،٢)، (محتمل نوعاً ما، ٣، ٤، ٥)، (محتمل إلى أقصى مدى ٦ ،٧).

**التصـحيح:** يُستخدم الجمع الجبرى فى حساب الدرجة الدرجة التى يحصل عليها المبحوث على كل مقياس فرعى أو على الإستبيان ككل. وتجدر الإشـارة إلى أن جمـيع البنود قـد أعدت فى الاتجـاه السلبى نحـو حسـاسيـة القلق، بمعنى كلمـا حـصل المبحـوث على درجـة عـاليـة فى الاستبيان كلما أشار ذلك إلى حساسية قلق مرتفعة لدى المبحوث.

**الثبـــات:** يتمتع الاستبيان باتساق داخلى جيد حيث بلغ معامل ألفا ٩٢ر. ٩٣، ٨٨ر.، ٨٩ر.، ٨٩ر. ، ٩٤ .. للمقـاييس الفرعيـة الخـوف من الأمـراض القلبيـة، والخـوف من الأعـراض التنفـسيـة، والخـوف من الأعراض المعديمعوية، والخوف من ردود أفعال القلق الملحوظة للعامة، والخوف من أعراض تفككية، وإختـلال التحكم المعرفى على التوالى فى البيئـة الأجنبية. وفى البيئـة العربيـة تم حسـاب الثبـات بطريقـة

التجزئة النصفية (فردى - زوجى)، وبلغ معامل الثبات ٧٨ر٠، ٧١ر٠، ٦٧ر٠، ٦٦ر٠، ٨٣ر٠ للمقاييس الفرعية الخوف من الأغراض التنفسية، والخوف من إختلال التحكم المعرفى، والخوف من الأعراض المعديمعوية، والخوف من الأعراض القلبية، والدرجة الكلية للاستبيان على التوالى. كما تم حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق، وبلغ معامل الإرتباط ٨٩ر٠ ، ٨٨ر، ٨٦ر٠ ، ٨٧ر٠ ٩١ر٠ للمقاييس الأربعة والدرجة الكلية المنوه عنها سلفا، الأمر الذى يعكس استقرار الاستبيان عبر الزمن .

**الصـــدق :** تم حساب صدق الاستبيان فى البيئة الأجنبية بطريقتى الصدق العاملى والصدق التلازمى، وقد جاءت النتائج الخاصة بها حاسمة ومدعمة لصدق الاستبيان، أما فى البيئة الأجنبية، فقد تم حساب الصدق من خلال الاتساق الداخلى كمؤشر لصدق المحتوى حيث تم حساب الارتباط بين البند والدرجة الكلية للمقياس الفرعى الذى ينتمى إليه من جهة، وبينه وبين الدرجة الكلية للاستبيان (كعامل عام) من جهة أخرى، وقد جاءت معاملات الارتباط جوهرية، كما تم حساب الارتباط بين المقاييس الفرعية بعضها البعض، وبينها وبين الدرجة الكلية، وجاءت معاملات الارتباط جوهرية. كما تم حساب الصدق بطريقة الصدق التلازمى من خلال حساب الارتباط بين الأداة الحالية ومقياس سمة القلق، وقد جاءت الارتباطات جوهرية بين مقياس سمة القلق وكل من المقاييس الفرعية للاستبيان وكذلك الدرجة الكلية للاستبيان .

**نماذج من البنود :**

فيما يلى مجموعة من العبارات التى تعبر عن الإحساسات المختلفة المرتبطة بالخوف من المواقف المتعلقة، وقد تؤدى هذه الإحساسات إلى شىء ماسىء لك. والمطلوب منك أن تتخيل أنك تخبر تلك الإحساسات وتوضح إلى أى مدى سوف تؤدى تلك الإحساسات إلى شىء ماسىء يحدث لك، وذلك بوضع دائرة حول الرقم الذى يعبر عن رأيك .

| | غير محتمل إطلاقاً | | محتمل نوعاً نوعاً ما | | | محتمل إلى أقصى مدى | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ – تشعر بألم فى صدرك | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ٢ – لاتستطيع أن تركز فى شىء | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ٣ – قلبك يدق | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |
| ٤ – تصاب بالإسهال | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ | ٦ | ٧ |

**مقياس القلق الإكلينيكى: Clinical Anxiety Scale**

**المؤلف:** بروسى إيه. ثايار Bruce A. Thyer

**الغرض:** قياس القلق الإكلينيكى.

**الوصف:** هو مقياس مكون من ٢٥ بنداً يركز على قياس كم ودرجة أو شدة القلق الإكلينيكى الذى يقرره المستجيب، وتشير الدرجة المرتفعة إلى مستوى أعلى من القلق، ويصاغ مقياس القلق الإكلينيكى ببساطة ويسهل تطبيقه وتصحيحه وتفسيره، وقد اشتقت بنوده من عدد كبير من البنود القائمة على المعايير الخاصة باضطرابات القلق فى دليل التشخيص الإحصائى الثالث DSM - III ، ولمقياس القلق الإكلينيكى درجة إكلينيكية فاصلة ٣٠ (± ٥)، وذلك فى البيئة الأجنبية.

**المعاييــر:** أجريت الدراسة المبدئية لمقياس القلق الإكلينيكى على ٤١ إمرأة و٦ رجال (متوسط العمر ٩ر٤٠ سنة) من مجموعة مساندة مصابين بالخوف من الأرض الفضاء، و ٥١ رجلاً و ١٣٢ امرأة من القوات المسلحة بالولايات المتحدة الذين كانوا ملتحقين بمناهج فى العلوم الصحية (متوسط العمر ٧ر٢٥ سنة)، و ٥٨ أنثى و ١٥ ذكراً طلاباً بالجامعة (متوسط العمر ٦ر٢٦ سنة). ولم تتح معلومات ديمجرافية أخرى ولامعايير واقعية .

**التصحيح:** يصحح مقياس القلق الإكلينيكى أولاً ببنود تصحيح معكوسة فى نهاية الصفحات (١، ٦، ٧، ٩، ١٣، ١٥، ١٦)، وتجمع هذه الدرجات مع درجات البنود الباقية لتعطى الدرجة الكلية، ثم يتم معالجتها وفقاً لمعايير البيئة الأجنبية .

**الثبــات:** يتسم مقياس القلق الإكلينيكى باتساق داخلى ممتاز حيث بلغت معامل ألفاكرونباخ ٩٤ر٠، فضلاً عن تمتعه بالاستقرار عبر الزمن حيث بلغ معامل الارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمنى أسبوعين ٧٤ر٠ .

**الصـدق:** إن لمقياس القلق الإكلينيكى صدق مجموعات معروفة جيداً، يميز على نحو دال بين المجموعات المعروفة التى تعانى من القلق المرتفع والمجموعات الضابطة ذات القلق الأدنى، كما اتضح أن مقياس القلق الإكلينيكى لايتأثر بالمتغيرات الديمجرافية مثل العمر، والنوع، والتعليم.

**نماذج من البنود :**

هذا الإستبيان مصمم لقياس مقدار ماتشعر به حالياً من قلق. إنه ليس امتحاناً، ولهذا فلا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة. أجب على كل بند بحذر وبدقة بقدر ماتستطيع بوضع رقم بجانب كل بند كما يلي :

١ - نادراً أولايحدث في أى وقت . ٢ - قليلاً من الوقت .

٣ - بعض الوقت . ٤ - جزء كبيرمن الوقت ٥ - معظم الوقت.

**البنود :**

١ - أشعر بالهدوء .

٢ - أشعر بالعصبية.

٣ - أشعر بالخوف من الأماكن المفتوحة .

**مقياس الهلع: Panic Scale**

**المؤلف:** حسين فايد .

**الغرض:** قياس أعراض الهلع .

**الوصف:** هو أداة تقرير ذاتي مصممة لقياس الهلع وفقاً للمعايير الواردة في ميدان الطبنفسي، ويتكون المقياس من ٢١ عبارة تقيس أبعاد الهلع، وهي الخوف من المجهول (البنود ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥) واحتلال الإنية والواقع(البنود ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠)، والأعراض النفسجسمية للهلع (البنود ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨)، والتبعات الفسيولوجية والسلوكية المصاحبة للهلع (البنود، ١، ٤، ٥، ١٠، ١٣، ١٦، ١٩، ٢٠)، والخوف من الموت (البنود ٣، ١٣، ٢١).

**التصحيح:** يصحح مقياس الهلع وفقاً للاستجابات على «مقياس ليكرت» المتدرج الذى يتراوح بين (صفر = لامطلقاً) و( ٤ = كثير جداً). ونود

أن ننوه أن جميع العبارات قد أعدت فى الاتجاه السلبى، بمعنى كلما زادت الدرجة على المقياس كلما كان ذلك دليلاً على أن المبحوث يعانى من أعراض الهلع. وللمقياس درجة كلية تتراوح بين صفر – ٨٤ درجة، وليس له درجات على مقاييس فرعية.

**الثبات :** يتمتع مقياس الهلع باتساق داخلى جيد حيث بلغ معامل الثبات بطريقة القسمة النصفية (فردى – زوجى) ٧٢ر٠ كما يتمتع المقياس بالاستقرار عبر الزمن حيث بلغ معامل الارتباط بين التطبيق وإعادته

**صدق المقياس :** تم التحقق من صدق المقياس بطريقتى الصدق الظاهرى والصدق العاملى. وأسفرت هاتين الطريقتين عن أن المقياس يتمتع بصدق مضمونه واتساق بنوده وكفاءتها فى قياس ماوضعت لقياسه.

**نماذج من البنود :**

فيما يلى مجموعة من العبارات التى يصف بها الناس أنفسهم حينما يتعرضون لنوبة هلع أو ذعر، والمطلوب منك قراءة كل عبارة جيدا وحدد إلى أى مدى تنطبق عليك تلك العبارة حينما تتعرض لنوبة هلع أو ذعر، وذلك بوضع دائرة حول الرقم الموجود تحت الخانة التى تشير إلى مدى ماتشعر به.

| | لامطلقا | بسيط | متوسط | كثير | كثير جدا |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ – أحس بضيق | صفر | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٢ – أشعر بالبرودة أو القشعريرة | صفر | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| ٣ – الخوف من الموت | صفر | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |

## مقياس الرهاب الاجتماعى :

**المؤلــف:** حسين فايد .

**الغــرض:** قياس أعراض الرهاب الاجتماعى .

**الوصــف:** يتكون المقياس من ٢٠ بنداً لقياس أعراض الرهاب الاجتماعى، ويوجد أمام كل بند خمس اختيارات تتراوح من (ليس مطلقاً= صفر) حتى (كثير جداً = ٤) حيث يسمح للمبحوث تحديد درجة موافقته على هذا المقياس الخماسى فى الاستجابة على كل بند .

**التصحيح:** تم إعداد جميع عبارات المقياس فى الاتجاه السلبى نحو الرهاب الاجتماعى، بمعنى أنه كلما زادت الدرجة على المقياس كلما دل ذلك على أن المبحوث يعانى من أعراض الرهاب الاجتماعى، ويكون التصحيح بالجمع الجبرى للدرجات التى حصل عليها المبحوث على جميع عبارات المقياس .

**الثبــات:** تم حساب ثبات المقياس بطريقتى إعادة التطبيق ومعامل ألفا، وبلغ معامل الثبات ٧٧ر٠، ٧٧ر٠، ٨٧ر٠ على التوالى، الأمر الذى يعكس أن المقياس يتمتع بالاستقرار عبر الزمن فضلاً عن اتساقه الداخلى .

**الصـدق:** تم التحقق من صدق المقياس بطريقتى الصدق الظاهرى والصدق العاملى، وجاءت نتائج الصدق حاسمة ومدعمة لصدق المقياس واتساق بنوده وكفاءتها فى قياس ماوضعت لقياسه .

## مقياس فقدان الشهية العصبى :

**المؤلفــون :** أحمد عبد الخالق ومايسة النيال

**الغــرض :** قياس أعراض فقدان الشهية العصبى .

**الوصــف :** هو أداة تقرير ذاتى مصممة لقياس أعراض فقدان الشهية العصبى، والمقياس مكون من ١٥ بنداً، تتضمن أربعة أبعاد هى: القلق من زيادة الوزن (البنود١، ٧، ٨، ٩، ١١، ١٣)، وكراهية الطعام (البنود ٢، ٤، ٥، ٦) وأعراض فقدان الشهية (البنود ١، ٣، ١٢، ١٥)، والإنقاص المتعمد للوزن (البنود ٨، ١٣، ١٤) .

**التصحيح :** يصحح هذا المقياس بسهولة حيث أن المقياس من نوع مقياس ليكرت الخماسي، فتتراوح الدرجة بين (١= لامطلقاً) حتى (٥ = كثير جداً). ويتم جمع الدرجات التى حصل عليها المبحوث على كل بند ليحصل على درجة كلية تتراوح بين ١٥-٧٥ درجة .

**الثبــات :** يتمتع المقياس باتساق داخلى جيد حيث بلغ معامل الثبات بطريقة القسمة النصفية ٦٨ر.

**الصــدق :** تم التحقق من صدق المقياس بطريقة الصدق العاملى الذى أسفر عن العوامل الأربعة المذكورة سلفاً. وبذلك يكون المقياس ذا صدق مضمون جيد ويقيس ماوضع لقياسه .

### نماذج من البنود :

| | البند | لامطلقاً | بسيط | متوسط | كثير | كثير جداً |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ - | أحاول إنقاص وزنى حتى لو شعرت بالجوع | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢ - | أكره الحديث عن الطعام | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٣ - | أتابع كل مايكتب عن التخسيس | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

**مقياس الشره العصبى: Bulimia Nervosa Scale**

**المؤلف:** حسين فايد

**الغرض:** قياس أعراض الشره العصبى .

**الوصف:** هو أداة للتقرير الذاتى مصممة لقياس الشره العصبى وفقاً لمعايير التشخيص الطبنفسية الحديثة. والمقياس مكون من ٢٨ بنداً، موزعة على أربعة عوامل أو أبعاد أسفر عنها التحليل العاملى، هى: التناول القهرى لكميات كبيرة من الطعام البنود ١، ٢، ٣، ٦ ٨، ٩، ١٣، ١٨، ١٩، ٢١، ٢٤، ٢٥، ٢٧)، وأعراض الشره العصبى (البنود ٤، ٧، ١٠، ١٢، ١٤، ١٥، ١٧ ٢٢، ٢٥ ٢٦)، والانشغال الدائم بتناول الطعام ومحاولة ضبط الوزن (البنود ٥، ١١، ١٢، ٢٢، ٢٣، ٢٧)، والشعور بالرضا عن نظام الأكل (البنود١، ١٥، ١٦، ١٨،، ٢٠، ٢١، ٢٣، ٢٤، ٢٦، ٢٤) .

**التصحيح:** يصحح مقياس الشره العصبى وفقاً لمقياس ليكرت الخماسى المتدرج من (لاتنطبق =١) وحتى تنطبق بدرجة كبيرة جداً = ٥). وبذلك يتم جمع جميع الدرجات التى حصل عليها المبحوث على جميع البنود لتعطى درجة كلية على المقياس. وننوه إلى أن جميع عبارات المقياس قد أعدت فى الاتجاه السلبى نحو الشره العصبى، بمعنى أنه كلما زادت الدرجة كلما دل ذلك على معاناة الفرد من أعراض الشره العصبى .

**الثبات:** يتمتع المقياس بالاتساق الداخلى حيث بلغ معامل ثبات القسمة النصفية (فردى – زوجى) ٧٦ر٠، كما يتسم المقياس بالاستقرار عبر الزمن حيث بلغ معامل الارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمنى أسبوعين ٧٣ر٠.

**الصدق :** يتمتع المقياس بصدق جيد، وهذا ماأوضحه الصدق العاملى، والصدق الظاهرى، والصدق التلازمى من خلال الارتباط الجوهرى مع مقياس بيك للاكتئاب .

**نماذج من البنود :**

فيما يلى مجموعة من العبارات التى إعتاد الناس وصف أنفسهم بها، والمطلوب منك قراءة كل عبارة بدقة ثم ضع علامة (×) داخل الدائرة المناسبة الموجودة على يسارها لتوضيح إلى أى مدى تنطبق عليك العبارة. وليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

١ – حينما يتم دعوتى لحفلات بها طعام ،
فإننى أتناول الأطعمة الغنية بالنشويات والسكريات

٢ – شهيتى للطعام مفتوحة .

٣ – لاأستطيع التحكم فى كمية الطعام التى أتناولها

**قائمة ويست هافن – يال للألم متعددة الأبعاد (WHYMPI)**

**المؤلفون :** روبرت كيرنس وزملاؤه. R. Kerns

**الغرض :** قياس الألم المزمن

**الوصف :** هى قائمة مكونة من ثلاثة أجزاء مصممة لتقويم تأثير الألم على حياة الناس (٢٠ بنداً)، واستجابات الآخرين لاتصال الفرد بالألم (١٤ بنداً)، والمدى الذى إليه يشارك المعانون من الألم فى النشاطات اليومية (١٨ بنداً). وتتضمن قائمة ويست هافن ريال للألم ١٢ مقياساً فرعياً/ عاملاً. وبالنسبة للمقياس الأول، فإن العوامل هى

التداخل Interference (البـنـود ٢، ٣، ٤، ٨، ٩، ١٣، ١٤، ١٧، ١٩)، والمساندة Support (البنود ٥، ١٠، ١٥)، و شدة الألم Pain Severity (البنود ١، ٧، ١٢)، وضـــبط الذات Self - control (البنود ١١، ١٦)، والمزاج السلبى Negative mood (البنود ٦، ١٨، ٢٠).

وبالنسبة للمقياس الثاني، فتوجد ثلاثة مقاييس فرعية: استجابات العقاب Punishing responses (البنود ١، ٤، ٧، ١١)، واستجابات الرعاية المفـرطة Solicitious responses (الـبـنـود ٢، ٥، ٨، ١٢، ١٤، ١٥)، واستجابات الذهول Distracting responeses (البنود ٣، ٩، ١٠، ١٣). وفى المقياس الثالث، توجد أربعة مقاييس فرعية، هى العمل المنزلى الروتينى Household Chores (البنود ٣، ٧، ١١، ١٥)، والنشاطات الاجتماعية Social activities (البنود ٤، ٨، ١٢، ١٦)، والعمل خارج المنزل Outdoor work (البنود ٢، ٦، ١٠، ١٤، ١٨)، والنشـــاطات البـعـيـدة عن المنزل Activities away from home (البنود ٣، ٧، ١١، ١٥)، وبسـبب وضـوح وسهولة تطبيق تلك القائمة، وطبيعتها المتعددة الأبعاد، فإن تلك القائمة ينظر إليها كمقياس ممتاز لكل من البحث فى الألم المزمن ولمراقبة مساعى الممارسة إلى تخفيض الألم .

المعاييـــر: درست مبدئياً قائمة ويست هافن – يال للألم متعددة الأبعاد على ١٢٠ مـريض ذوى ألم مـزمن (٨١ر٥٪ ذكـراً) فى مـسـتـشـفى لإدارة المحـاربين القـدامى، وكـان مـتـوسط أعـمـار المرضى ٨ر٥٠ سنة، بمتـوسط مـدة ٢ر١٠ سنة من الألم المزمن، وكـان ٦٨٪ من المرضى متزوجين، وجاءت المتوسطات بالنسبة للمقاييس الفرعية على النحو التالي: التدخل = ٧٤ر٣، والمساندة = ٣١ر٤، وشدة الألم = ٥٥ر٣،

والتحكم الذاتي = ٦٣ر٣، والمزاج السلبى = ٢٣ر٣، واستجابات العقاب = ٩٧ر٠، واستجابات الرعاية المفرطة = ٥٧ر٢، واستجابات الذهول ٧٢ر١، والروتين المنزلى = ٧١ر٢، والعمل خارج المنزل = ١٩ر١، والنشاطات البعيدة عن المنزل = ٧٩ر١، والنشاطات الاجتماعية = ٩٤ر١ .

**الثبات:** تتمتع قائمة ويست هافن - يال للألم متعددة الأوجه باتساق داخلي جيد جداً، حيث وصلت معاملات ألفا كرونباخ للمقاييس الفرعية بين ٧٠ر٠ - ٩٠ر٠، فضلاً عن الارتباطات المحسوبة بإعادة الاختبار أو التطبيق بعد أسبوعين حيث تراوحت بين ٦٢ر٠ - ٨٦ر٠.

**الصدق:** نُظر إلى قائمة الألم متعددة الأبعاد باعتبار أن لها صدق محتوى جيد، وقائمة على دليل حصل عليه من تحليل عاملى (صدق عاملى). وقد استخدمت القائمة فى دراسات إكلينيكية عديدة وظهر أنها حساسة للتغير، وتتنبأ بشدة الأعراض الاكتئابية وتتنبأ بالتعبير عن الألم والأسى الوجدانى .

وينوه مؤلف الكتاب الحالى أنه سوف يتم إعداد معايير وصدق وثبات تلك القائمة على البيئة المحلية .

**التصحيح:** تُصحح قائمة الألم متعددة الأبعاد بسهولة من خلال تجميع استجابات المفحوص على بنود المقاييس الفرعية وكذلك يتم استخراج درجة كلية للقائمة .

**نماذج من بنود القائمة :**

القسم الأول فى الأسئلة العشرين التالية، سوف يُطلب منك أن تصف ألمك وكيف يؤثر فى حياتك. تحت كل سؤال مقياس لتسجيل إجابتك. إقرأ كل

سـؤال بحـرص ودقـة وبعـد ذلك ضـع دائرة حـول الرقم على المقـيـاس تحت ذلك السؤال لتشير إلى كيف أن ذلك السؤال ينطبق عليك .

**القسم الأول:**

١ - قدر مستوى ألمك فى اللحظة الحالية .

صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦

لاألم ألم شديد جداً

٢ - بصفة عامة، ماالمقدار الذى تتداخل فيه مشكلة ألمك مع نشاطاتك اليومية؟

صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦

لاتداخل تداخل شديد

**القسم الثانى:**

فى هذا القسم، نهتم بمعرفة كيف يستجيب قرينك (أو آخر مـهم) لك حينما يعرف أنك فى ألم. وفى المقياس المدون تحت كل سؤال، ضع دائرة حول الرقم الذى يشير إلى مدى تكرار قرينك (أو آخر مهم) إلى الاستجابة بصفة عامة لك بتلك الطريقة الخاصة حينما تكون فى ألم، من فضلك أجب على كل من الـ ١٤ سؤال، ومن فضلك حدد العلاقة بينك وبين الشخص الذى تفكر فيه :

٢ - يتجاهلنى :

صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦

لامطلقاً غالباً جداً

٢ - يسألنى عما يستطيع أن يفعله لمساعدتى :

صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦

لامطلقاً غالباً جداً

**القسم الثالث :**

يدون أدناه ١٨ نشاطاً يومياً شائعاً . من فضلك أشر إلي أى مدى تمارس غالباً كلاً من هذه النشاطات بوضع دائرة على رقم المقياس المدون تحت كل نشاط. من فضلك أكمل كل الـ ١٨ سؤالاً .

١ - غسل الأطباق :

صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦

لامطلقاً غالباً جداً

٢ - الخروج لتناول الطعام :

صفر ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦

لامطلقاً غالباً جداً

**استبيان ماك جيل للألم: McGill Pain Questionaire**

**المؤلـــف:** رونالد ميلزاك Ronald Melzack

**الغـــرض:** قياس الألم .

**الوصـــف:** يتكون هذاالاستبيان من ٢١ بندا مصممة للحصول على قياسات كمية لألم كيفي معقد. ويتكون من ٧٨ صفة مرتبة فى ٢٠ مجموعة: ١٠ مجموعات تقيس الصفة الحسية للألم (البنود ١-١٠)، ٥ مجموعات تقيس الصفة الوجدانية للألم (البنود ١١-١٥)، ١ مجموعة واحدة تقيس الجودة التقويمية للألم والكثافة الكلية لخبرة الألم (البند ١٦)، و ٤ مجموعات تقيس ألماً متنوعاً (البنو ١٧-٢٠)؛ وبند واحد يقيس كثافة الألم الحالية (البند ٢١). ويُستخدم شكل بشرى موضوع على صفحة إسبتيان الألم للإشارة إلى موقع ألم الفرد، فضلاً عن وجود بنود إضافية تقدم معلومات كيفية نافعة .

**المعاييــر:** المعايير متاحة فى المراجع الأولية لعينات عديدة تقدم أنماطاً مختلفة من الألم، مثل ألم الحيض، وإلتهاب المفاصل، وألم الظهر .

**التصحيح:** توجد طرق عديدة لتصحيح استبيان الألم موصوفة فى المراجع الأولية. ولكن أكثرها أهمية هى مؤشر تقدير الألم الذى يتم الحصول عليه للصفة الحسية، والصفة الوجدانية، وخبرة الألم وكثافة الألم، والألم المتنوع بشكل منفصل وكذلك الدرجة الكلية للاستبيان.. ويتم الحصول على مؤشر تقدير الألم بإضافة قيم الرتبة للكلمات المنتقاة بواسطة المستجيب فى كل مجموعة وبالنسبة لمجموع الـ ٢٠ بنداً الأولى. والدرجة الثانية هى كثافة الألم الكلية (البند ٢١). والدرجة الثالثة هى ببساطة مجموع عدد البنود المراجعة لكل مجموعة، والدرجات هى مجموع البنودمقسمة بعدد البنو المركبة للمقاييس الفرعية. والدرجة الكلية – مجموع المقاييس الفرعية – يمكن أن تستخدم كذلك .

**الثبــات:** أوضحت دراسات عديدة أن مقياس الألم هو مقياساً ثابتاً لخبرة الألم .

**الصـدق:** أوضح مؤلف هذا الاختبار أنه توجد ارتباطات معتدلة إلى مرتفعة بين المقاييس الفرعية. كما أن المقياس حساس للتغيرات بسبب التدريب على إدارة الألم، فضلاً عن قدرته على التمييز بين الأفراد الذين يعانون من الألم والأفراد غير المصابين بالألم .

**نماذج من البنود :**

إفحص كل بند يصف ألمك. وأشر على المناطق التى تحس بالألم فيها:

| ١ - رجرجة- | ٢ - إنسداد | ٣ - إزعاج |
|---|---|---|
| ارتعاش- | فاقـد الحس | غثيـــــان |
| ضـرب- | سحـــب | تعذيـــــب |
| سحـب- | كبـــس | مفـــزع |
| | تمزيـــق | |

- إستبيان خبرات التفكك :

**Questionnaire ofExperiences of Dissoiation**

**المؤلـــف:** كيفين رايلى Kevin Riley

**الفــرض:** قياس التفكك .

**الوصــف:** هو أداة مكونة من ٢٦ بنداً مصممة لقياس التفكك أو الفشل فى ترابط الأفكار والمشاعر والتصرفات. وينظر إلى التفكك بإعتباره الميكانيزم الذى يكمن وراء زملة أعراض الهستيريا وأعراض مثل رد الفعل التحولى، وتعدد الشخصية. والبنود مشتقة من الكتابات الإكلينيكية عن الأفراد الذين يعانون من المشاكل المبينة أدناه، وينظر إلى هذا المقياس كمقياس نافع للإكلينيكيين الذين يعملون مع مشاكل متعلقة بالتفكك .

**المعاييــر:** أجرى إستبيان خبرات التفكك على عينات كبيرة غير: إكلينيكية (٤٥٠ رجلاً، ٧٦٠ إمرأة) وعينات صغيرة أخرى من المستجيبين الإكلينيكيين: اضطراب تجســيــد (ن = ٢١)، اضطراب تعـــدد الشخصية (ن = ٣). ولم تتح أية معلومات ديموجرافية أخرى. وكان للمجموعة السوية متوسط ٩٢ر٩، ومجموعة اضطراب التجسيد متوسط ٩ر١٣، وكان متوسط اضطراب تعدد الشخصية ٦ر٢٤ .

**التصحيح:** يصحح استبيان خبرات التفكك ببساطة بنقطة تصحيح واحدة لكل استجابة تفكك، ثم تجمع تلك النقاط حيث توضح الدرجات المرتفعة تفككاً أكبر.. والإجابات التفككية الحقيقية تكون فى جميع البنود ماعدا البنود أرقام ٧، ١٠، ١٥، ١٧، ١٨، ٢٠، ٢١، ٢٣، ٢٤، ٢٥ ٢٦ فيجاب عنها بغير حقيقية .

**الثبات:** يتمتع استبيان خبرات التفكك بثبات داخلى جيد حيث بلغ معامل ألفا ٧٧ر٠.

**الصدق:** يوجد دليل على تمتع الاستبيان بالصدق الظاهرى الجيد، ولاتوجد بيانات صدق حقيقى أخرى. ومع ذلك، فحقيقة أن المجموعتين الإكلينيكيتين (اضطراب التجسيد - وتعدد الشخصية) كما وصفت أعلاه، يعتقد أنها فى مخاطرة بالنسبة للتفكك، ولها درجات مرتفعة على الاستبيان الأمر الذى يعكس درجة صدق المجموعات المعروفة .

**نماذج من البنود :**

مدون أدناه عدداً من العبارات التى قد تتصف بها أو لاتتصف بها . إقرا كل عبارة بدقة وأشر إلى استجابتك بوضع دائرة على الحرف الملائم (T = حقيقى، F غير حقيقى). ولاتوجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

١ - غالباً ماأشعر كما لو أن الأشياء غير حقيقية  F  T

٢ - على نحو عرضى، أشعر كما لو أننى شخص آخر  F  T

٣ - أتساءل غالباً من أنا حقيقة  F  T

## مقياس ماك ميلان لتفكير الإدمان

## McMullin Adaiction Thought Scale

**المؤلف:** رايان إف – ماك ميلان: Rian F. McMullin

**الغرض:** قياس الأفكار اللامنطقية لدى العملاء المعتمدين كيميائياً .

**الوصف:** إن مقياس تفكير الإدمان هو أداة مكونة من ٤٢ بنداً مصممة لقياس المعارف اللامنطقية للعملاء المعتمدين كيميائياً لأغراض كل من التقدير والتقويم. ولقياس التفكير فى الإدمان خمسة أنماط رئيسية هي: ليست غلطتى (البنود ١، ٤، ٨، ١١، ١٧، ١٩، ٢٨، ٢٩)، إننى قوى بقدر يسمح لى بالتحكم فيه (البنود٢، ١٤، ١٦، ١٨، ٢٣، ٢٦، ٣٠، ٣٦، ٣٩)، والشرب جيد وسار ومرح (البنود ٣، ٦، ١٠، ١٣، ٢٢، ٢٧، ٣١، ٣٨، ٤١) وأنا لست مدمن كحول/ ليس لدى مشكلة (البنود ٥، ٧، ٢٥، ٣٢، ٣٥، ٤٢)؛ وأحتاج إلى الشرب (البنود ٩، ١٢، ٢٠، ٢١، ٢٤، ٣٣، ٣٤، ٣٧، ٤٠). ويعتبر مقياس تفكير الإدمان نافع جداً للإبقاء على مسار للتغيرات على مر الزمن، وبصفة خاصة كنتيجة للعلاج السلوكي/ المعرفي .

**المعايير:** دُرس مقياس تفكير الإدمان على عينات عديدة فى مراكز علاج الاعتماد الكيميائى فى الولايات المتحدة واستراليا: ٢٧٥ شخصاً شاركوا فى إعداد المعايير، ٧٥٪ كانوا من الذكور تراوحت أعمارهم بين ١٧ – ٧٨ سنة. والمعايير مقسمة إلى درجات مرتفعة جداً، ومرتفعة، ومتوسطة، ومنخفضة، ومنخفضة جداً لكل عامل. وكانت الدرجات المرتفعة جداً (أ) والمرتفعة (ب) كما يلى لكل مقيا فرعى: الأول ٨ (أ)، ٦، ٧، (ب)، والثانى ٨ – ١٠ (أ)، ٥ – ٧ (ب)،

والثالث = ٨، ٩ (أ) و ٦، ٧ (ب)؛ والرابع = ٥، ٦ (أ) و ٣، ٤ (ب)، والخامس = ٨، ٩ (أ) و ٦، ٧ (ب). والدرجات المنخفضة جداً كانت صفر على المقاييس الفرعية الثانى والرابع وصفر، ١ على المقاييس الفرعية الأخرى.

**التصحيح:** يصحح مقياس تفكير الإدمان بسهولة من خلال تجميع درجات المفحوص على البنود لكل مقياس فرعي وكذلك الدرجة الكلية.

**الثبات:** لم تكن البيانات متاحة فى البيئة الأجنبية .

**الصدق:** لمقياس تفكير الإدمان صدق تنبؤى جيد حيث يوضح انخفاضات دالة فى الأفكار اللامنطقية إذا ماأعطيت فترات أطول من الاعتدال. كما أن لهذا المقياس صدق جيد للمجموعات المعروفة، التى تميز بشكل جوهرى بين العينة التى تم شفائها والعينة التى لم تشف. وكذلك فإن هذا المقياس حساس للتغيرات بالعلاج .

## مؤشر الانغماس فى الكحول: Index of Alcohol Involvement

**المؤلف:** جوردن ماك نيل Gordon MacNeil

**الغرض:** قياس سوء استخدام الكحول .

**الوصف:** إن مؤشر الانغماس فى الكحول هو أداة مكونة من ٢٥ بنداً مصممة لقياس درجة أو حجم مشاكل سوء استخدام الكحول. وقد بُنيت بنود هذا المقياس لتكون عينة من كل البنود الممكنة التى يمكن أن تشير إلى وجود أو غياب صعوبات بخصوص استخدام الكحول. ومقياس الانغماس فى الكحول هو مقياس سهل الاستخدام جداً فى تقويم سوء استخدام الكحول المقرر ذاتياً.

**المعاييــر:** دُرس مؤشر الانغماس فى الكحول على ٣٠٥ طالباً وطالبة دون التخرج بجامعة غربية كبيرة وكان متوسط أعمارهم ٢٤ سنة، كان ٨٧٪ من البيض، و ١٣٪ كانوا من الأقليات. وقد مثلت العينة ٦٠٪ من العينة تقريباً. ولم تكن المعايير الواقعية متاحة .

**التصحيح:** يصحح مؤشر الانغماس فى الكحول وفقاً لمقياس ليكرت المكون من ٧ نقاط، هى (١ = لامطلقاً، ٢= نادراً جداً، ٣= قليل من الوقت، ٤= بعض الوقت، ٥ = جزء كبير من الوقت، ٦ = معظم الوقت ، ٧ = دائماً) .

**الثبــات:** يتمتع مقياس الانغماس فى الكحول باتساق داخلى ممتاز حيث بلغ معامل ألفاكرونباخ ٩٠ر٠ .

**الصــدق:** تم التحقق من الصدق بطريقة الصدق العاملى والصدق التلازمى مع مقاييس أخرى مثل مؤشر الضغط الإكلينيكى، وقد كان الصدق جيد جداً لهذا المقياس .

**نماذج من البنود:**

١ - حينما أشرب مع أصدقائى، فعادة أشرب أكثر منهم .

٢ - تخبرنى عائلتى وأصدقائى أننى أشرب كثيراً جداً.

٣ - يعتقد أصدقائى أننى لدىّ مشكلة شرب .

## مؤشر الرضا الجنسى : Index of Sexual Satisfaction

**المؤلـــف:** والتر دبليو. هادسون Walter W. Hudson

**الغــرض:** قياس مشاكل الرضا الجنسى .

**الوصـف:** يتكون مقياس الرضا الجنسي من ٢٥ بندا لدرجة وشدة أو حجم المشكلة في العنصر الجنسي لعلاقة الزوجين. ويقيس مقياس الرضا الجنسي مشاعر المستجيب لعدد من السلوكيات والاتجاهات والحالات الوجدانية والتفضيلات المرتبطة مع العلاقات الجنسية بين الشركاء. وقد كُتبت البنود مع إهتمام بعدم كونها مهينة وغير مفروضة على حقوق أو خصوصية العميل. ولمقياس الرضا الجنسي درجتان فاصلتان، الأولى، هى درجة ٣٠ (± ٥)، والدرجات تحت هذه النقطة تشير إلى غياب مشكلة دالة إكلينيكياً فى هذا المجال، والدرجات فوق ٣٠ توحي بوجود مشكلة دالة إكلينيكياً. والدرجة الثانية الفاصلة هى ٧٠، والدرجات فوق هذه النقطة تشير دائماً إلى أن العملاء يخبرون ضغطاً شديداً مع إمكانية واضحة بأن نمطاً ما من العنف يمكن أن يؤخذ فى الاعتبار أو يُستخدم فى التعامل مع المشاكل. ويجب أن يكون الممارس على وعى بهذا الاحتمال.

**المعاييـر:** إبتكر المقياس من إختبارات خاصة بـ ١٧٣٨ مستجيباً تشمل أفراداً عزاباً ومتزوجين، ومجتمعات إكلينيكية وغير إكلينيكية، وطلاب مدارس عالية وكليات ومن غير الطلاب. وكان المستجيبون فى المقام الأول قوقازيين، ولكنهم يشملون كذلك أمريكيين من أصل يابانى ومن أصل صينى وعدد أصغر من مجموعات أخرى عرقية. ورغم ذلك فالمعايير الواقعية غير متاحة .

**التصحيح:** يصحح بنود مقياس الرضا الجنسى بشكل عكسى (١، ٣، ٩، ١٠، ١٢، ١٦، ١٧ ١٩ ٢١، ٢٣) وتجمع درجات تلك البنود ودرجات البنود الباقية لتعطى الدرجة الكلية على المقياس .

**الثبـــات:** يتمتع مقياس الرضا الجنسي باتساق داخلي ممتاز حيث بلغ معامل ألفاكرونباخ ٩٢ر., كما يتمتع المقياس بثبات الاستقرار حيث بلغ الارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني ساعتين ٩٤ر. .

**الصـــدق:** تم حساب الصدق التلازمي حيث جاء الارتباط بين الأداة الحالية ومقياس لوك – والاس Locke Wallac للتوافق الزواجي جوهرياً. كما أن للأداة الحالية صدق مجموعات معروفة ممتاز حيث يميز بشكل جوهري بين الناس المعروفين بأن لهم مشاكل مع الرضا الجنسي وأولئك المعروفين بأن ليس لهم هذه المشاكل .

**نماذج من البنود :**

١ – حياتك الجنسية مثيرة جداً.

٢ – حياتك الجنسية مملة .

ويوضع أمام كل عبارة سبعة إختيارات، هي (١ = ليس فى أى وقت مطلقاً، ٢= نادراً جداً، ٣ = بعض الوقت ، ٤ = بعض الوقت، ٥ = جزء كبير من الوقت، ٦ = معظم الوقت، ٧ = كل الوقت) .

**مقياس الضغط الإكلينيكي: Index of Clinical Stress**

**المؤلـــف:** نيل أبيل Neil Abell

**الغــرض:** قياس الضغط الذاتي .

**الوصـــف:** هو أداة مكونة من ٢٥ بنداً مصممة لقياس درجة أو حجم المشكلة التي يعاني منها العملاء من الضغط الشخصي. وقد صممت

البنود لتعكس مدى المدركات المرتبطة بالضغط الذاتي، وقد إبتكرت البنود ليست كاستجابات لأحداث ضغوط محددة، ولكن كمؤشرات عامة للحالات الوجدانية المرتبطة بخبرة الغضب. ويُمكّن مقياس الضغط الإكلينيكي الممارس من التعرف على ضغط مدرك بدون مشاكل مرتبطة بمؤشرات أحداث الحياة.

**المعاييـــر:** مبدئياً دُرس مقياس الضغط الإكلينيكي على ٢٠٥ مريضاً وأعضاء عائلات مجندات ببرنامج إقامة لممارسة عائلية في مركز طبي إقليمي بمجتمع جنوبي متوسط الحجم بالولايات المتحدة. وكان متوسط العمر ٣٣ سنة، وكان ٧٢٫١ ٪ إناثاً و ٢٧٫٩٪ ذكوراً، كما كان ٨١٫٩٪ من البيض و ١٦٫٢٪ من السود والباقي كانوا أقليات أخرى. وقد بلغ متوسط الدرجات على مقياس الضغط الإكلينيكي ٢٨٫٩٦، بانحراف معياري ١٨٫٧٣ .

**التصحيح:** يصح مقياس الضغط الإكلينيكي ببنود تصحيح معكوسة تكون مدونة في نهاية الصفحة (٥، ٨، ١١، ١٣)، ويتجميع درجات هذه البنود ودرجات البنود الباقية تعطى الدرجة الكلية وذلك بعد المعالجة التي يقترحها معد المقياس. ويعطى كل بند درجة على مقياس ليكرت الذي يتراوح (١ = لم يحدث في أي وقت حتى ٧ = كل الوقت) .

**الثبـــات:** يتمتع المقياس بثبات إتساق داخلي جيد حيث بلغ معامل ألفا ٠٫٩٦ ، أما البيانات عن استقرار المقياس عبر الزمن فلم تكن مقررة.

**الصـــدق:** أجرى الصدق العاملي وكذلك صدق المفهوم للمقياس، وأسفر ذلك عن وجود مؤشر جيد لصدق المقياس، كما تم حساب الصدق التلازمي ن خلال حساب الارتباط بين الأداة الحالية ومقياس الرضا العام وجاء الارتباط جوهرياً.

**نماذج من البنود:**

هذا الاستبيان مصمم لقياس الطريقة التى تشعر بها عن كمية الضغط الشخصى التى تخبرها. إنه ليس إمتحاناً، وهكذا فلا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، والمطلوب الإجابة على كل بند بحرص وبدقة بقدر ماتستطيع بوضع رقم بجوار كل بند كما يلى :

١ - لم يحدث فى أى وقت .
٢ - نادراً جداً .
٣ - قليل من الوقت .
٤ - بعض الوقت .
٥ - جزء كبير من الوقت .
٦ - معظم الوقت .
٧ - كل الوقت .

---

١ - أشعر بالتوتر إلى أقصى مدى .
٢ - أشعر بشدة العصبية .
٣ - أشعر كما لو أننى أريد أن أصرخ .

**استبيان أحداث الحياة Life Events Questionniar**

**المؤلف:** تى. إس. بروغا T. S.Brugha

**الغرض:** قياس أحداث الحياة

**الوصف:** إن استبيان أحداث الحياة هو أداة مكونة من ١٢ بنداً تقيس أحداث الحياة التى تميل إلى أن تكون مهددة. وصُممت الأداة للتغلب

على الوقت والإنفاق وتوتر العمل للمقابلات الأكبر طولاً. ويعتبر استبيان الحياة نافع فى عمل تقويم لتشخيص المحور الرابع IV المتضمن فى دليل التشخيص الإحصائى الرابع IV - DSM. وتصلح الأداة للمرضى السيكاتريين والمجتمع العام. وعادة يُطلب من المفحوص تحديد الأحداث الضاغطة التى مر بها على مدار الشهور الستة الماضية، مع شهور معينة مكتوبة فى قمة الاستبيان .

**المعاييــر :** لاتوجد بيانات معيارية متاحة فى البيئة الأجنبية وكذلك فى البيئة المحلية .

**التصحيح :** يُصحح كل بند من استبيان أحداث الحياة بالحصول على الدرجة (١) إذا وضعت إشارة أمامه، وبالدرجة (صفر) إذا لم توضع إشارة أمامه. ويتم الحصول على الدرجة الكلية بجمع الدرجات التى حصل عليها المبحوث على جميع البنود.

**الثبــات :** تم حساب ثبات الاستبيان بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمنى ثلاثة شهور وستة شهور، وبلغ معامل الثبات ٨٤ر و ٦٦ر٠ على التوالى .

**الصـدق :** اشتقت تقديرات الصدق التلازمى من الانسجام بين توحد المرضى الذهانيين الداخليين بأحداث الحياة الضاغطة وأولئك المتوحدين بآخرين هامين، وكان يوجد ٩٠٪ إتفاق عند التقويم بعد فترة ثلاثة شهور، و ٧٠٪ إتفاق عند التقويم بعد ٦ ستة شهور. كما إستخدم المؤلف مقابلة مكثفة خاصة بأحداث الحياة الضاغطة كمعدل أساسى، واتضح أن استبيان أحداث الحياة حساس للتوحد لأحداث الحياة الضاغطة .

**نماذج من البنود :**

**هل حدث لك أى من أحداث الحياة التالية خلال الستة شهور الماضية؟**

**من فضلك ضع علامة فى الصندوق أو الصناديق المطابقة للشهر أو الشهور التى وقعت أو بدأت فيها أية حادثة .**

**١ - المعاناة من مرض خطير أو إصابة أو إغتصاب لنفسك .**

**٢ - مرض خطير أو إصابة أو اغتصاب لصديق حميم**

**٣ - حدث لديك إنفصال بسبب صعوبات زواجية .**

**مقياس تاثير الحدث Impact o Evaent Scale**

**المؤلفون:** ماردى ج هورويتز Mardi J. Horowitz

**الغرض:** قياس الضغط المرتبط بأحداث صادمة .

**الوصف:** يتكون هذا المقياس من ١٥ بنداً لتقويم خبرة الضغط التى تعقب الصدمة لأى حدث معين فى الحياة وسياقه، مثل موت شخص محبوب. ولاتحدد التعليمات الحدث بشكل مقصود. ويعمل هذا بواسطة الممارس والمستجيب خلال العلاج. ومقياس تأثير الحدث مباشر نسبياً للضغط المرتبط بحدث صدمى. ويقيس هذا المقياس فئتين للخبرة فى الاستجابة للأحداث الضاغطة:خبرة متطفلة، مثل الأفكار والمشاعر والأحلام السيئة، وخبرة التجنب- التجنب المتبين من أفكار ومشاعر ومواقف معينة - ولأن مقياس تأثير الحدث قد تبين أنه حساس للتغير، فإنه ملائم لمراقبة تقدم العملاء فى العلاج .

**المعايير:** البيانات المعيارية متاحة على عينتين، إحداهما كانت عينة من ٣٥ مريضاً خارجياً ممن سعوا إلى العلاج لمواجهة موت أحد الوالدين، والعينة الثانية كانت عينة ميدانية قوامها ٣٧ متطوعاً من

الراشدين الذين كان لديهم والد توفى حديثاً. وقد كان متوسط العمر لعينة المرضى الخارجيين ٤ر٣١ بإنحراف معيارى ٧ر٨ سنة. وقد بلغت الدرجة المتوسطة والانحراف المعيارى على المقياس الفرعى الاقتحام ٢٠ر ٢٢ و ٩ر٧ على التوالى. أما متوسط الدرجة على المقياس الفرعى التجنب فقد كان ٨ر٢١ بانحراف معيارى ١ر٩، وكان متوسط الدرجة على المقياس الفرعى للتطفل ٥ر١٣ بانحراف معيارى ١ر٩، وكان متوسط الدرجة على المقياس الفرعى للتجنب فى العينة الميدانية ٤ر٩ بانحراف معيار ٦ر٩. وقد تم تقويم كل البيانات أعلاه بعد شهرين من وقوع الحادث الضاغط .

**التصحيح :** تُقدر البنود طبقاً لمدى تكرار حدوث رد فعل الإقتحام Intrusive أو التجنب. وتُصحح الاستجابات من صفر – ٤ مع درجات أعلى تعكس تأثيراً أكثرضغطاً. ويصل مدى الدرجات بالنسبة للمقياس الفرعى الاقتحامى من صفر – ٣٥ وهى مجموع التقديرات على البنود التالية: ١، ٤، ٥، ٦، ١٠، ١١، ١٤، والدرجات من صفر – ٤٠ للمقياس الفرعى التجنب، محسوبة بإضافة التقديرات على البنود التالية: ٢، ٣، ٧، ٨، ٩، ١٢، ١٣، ١٥. والنقطة الفاصلة المقترحة هى ٢٦، مع درجات فوق تلك التى تقترح تأثيراً متوسطاً إلى شديد .

**الثبات :** بناء على عينتين منفصلتين، تُبين المقاييس الفرعية لمقياس تأثير الحدث إتساقاً داخلياً جيد جداً حيث بلغت معاملات ألفا ٧٩ر٠ – ٩٢ر٪ مع متوسط ٨٦ر٠ للمقياس الفرعى الاقتحام و ٩٠ر٪ للمقياس الفرعى التجنب، ولم تقرر بيانات عن الثبات .

**الصدق :** لقد دعم صدق المجموعات المعروفة لمقياس تأثير الحدث بفروق جوهرية فى درجات المرضى الخارجيين الذين يسعون للعلاج بسبب فقد الأب أو الأم أو الإبن وثلاث عينات ميدانية .

**نماذج من البنود:**

أدناه قائمة من التعليقات التى قام بها أشخاص عن أحداث الحياة الضاغطة والسياق الذى يحيطها. إقرأ كل بند وقرر عدد المرات التى كان فيها كل بند حقيقى بالنسبة إليك خلال السبعة أيام الماضية. بالنسبة للحدث وسياقه الذى تتعامل معه فى العلاج. إذا لم يحدث البند خلال السبعة أيام الماضية، إختر التفضيل «ليس على الإطلاق». أشر على الخط الذى على شمال كل تعليق بالرقم الذى يصف على أفضل وجه ذلك البند. من فضلك أكمل كل بند .

صفر = ليس مطلقاً . ١ = نادراً ٢ = أحياناً
٣ = غالباً ٤ = عادة ٥ = دائماً

**البنود :**

١ - فكرت فيه عندما لم أكن أعنيه .
٢ - حاولت إزالته من ذاكرتى .
٣ - حدثت لى أحلام عنه .
٤ - حاولت أن لاأفكر فيه .

**مقياس رتب تقدير الذات : Self - Esteem Rating Scale**

**المؤلفون:** وليام ناجانت وجانيتا توماس W. Nugent & J. Thomas

**الغرض:** قياس تقدير الذات .

**الوصف:** هو أداة مكونة من ٤٠ بنداً إبتكرت لتقديم مقياس إكلينيكى لتقدير الذات يمكن أن يشير ليس فقط إلى مشاكل فى تقدير الذات ولكن يشير أيضاً إلى مستويات إيجابية أو لاتتعلق بالمشاكل. وقد

وضعت البنود لتشمل سلسلة من مجالات التقويم الذاتى، تشمل قيمة الذات، والكفاءة الاجتماعية، والقدرة على حل المشكلات، والقدرة العقلية، والكفاءة الذاتية، والقيمة بالنسبة للأشخاص الآخرين. ومقياس رتب تقدير الذات هو أداة نافعة جداً لقياس كل من النواحى الإيجابية والسلبية لتقدير الذات فى الممارسة الإكلينيكية .

**المعاييـــر:** مبدئياً درس مقياس رتب تقدير الذات على عينتين. إشتملت العينة الأولى ٢٤٦ شخصاً، منهم ٩١ ذكوراً و ١٥٥ إناثاً، بمتوسط عمرى ٣٢٫٥ سنة ومتوسط ١٥٫٧ سنة تعليم منتظم. وكان٣١٪ من البيض، و ١١٫٨٪ من السود، و٤٫٥٪ أسبان، و٧٫٧٪ أسيويين، والباقى كانوا مختلطين أو مجموعات أخرى، وتضمنت العينة الثانية ١٠٧ شخصاً يشملون ٢٣ ذكراً و ٨٤ أنثى، بمتوسط عمرى ١٥٫٣ سنة؛ وكان ٩٢٫٥٪ منهم من البيض، ٤٫٧٪ من السود، والباقى فى مجموعات أخرى. والمعايير الواقعية لم تكن متاحة.

**التصحيح:** تصحح البنود المبينة فى نهاية المقياس باعتبارها إيجابية + تصحيح البنود الباقية باعتبارها سلبية – بوضع علامة (✓) أمام درجة البند. وتجمع البنود لإنتاج درجة كلية تتسلسل من –١٢٠ حتى + ١٢٠. وتشير الدرجات الإيجابية إلى تقدير ذاتى أكثر إيجابية، بينما تشير الدرجات السلبية إلى مستويات أكثر سلبية لتقدير الذات .

**الثبـــات:** يتمتع مقياس رتب تقدير الذات باتساق داخلى ممتاز حيث بلغ معامل ألفا ٠٫٩٧. وكان الخطأ المعيارى للمقياس ٥٫٦٧. ولم تقرر أى بيانات عن إستقرار المقياس عبر الزمن .

**الصـــدق :** يتمتع مقياس رتب تقدير الذات بصدق محتوى جيد فضلاً عن الصدق العاملي الذى أسفر عن إستخراج عوامل متعددة كما هو واضح سلفاً. وكما كان للأداة الحالية إرتباطات جوهرية مع كل من مقياس الاكتئاب ومقياس الرضا العام، الأمر الذى يعكس وجود صدق تلازمي جيد .

**نماذج من البنود :**

هذا الاستبيان مصمم لقياس كيف تشعر بالنسبة لنفسك. إنه ليس إمتحان، ولهذا لاتوجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة. من فضلك أجب على كل بند بحذر وبدقة قدر المستطاع وذلك بوضع دائرة على الرقم بجانب كل بن كما يلى :

١ = لامطلقاً .

٢ = نادراً .

٣ = قليل من الوقت .

٤ = بعض الوقت .

٥ = جزء كبير من الوقت .

٦ = معظم الوقت .

٧ = دائماً .

من فضلك إبدأ :

١ - أشعر أننى شخص جذاب .

٢ - أشعر أنن أدنى من الناس الآخرين .

٣ - لاأحب نفسى .

**إيجابى/ +** (٣، ٤، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١٤، ١٥، ١٨، ١٩، ٢١، ٢٤، ٢٦، ٢٨، ٢٩، ٣٢، ٣٥، ٣٦، ٣٧).

**سلبى/ -** (١، ٢، ٥، ١١، ١٢، ١٣، ١٦، ١٧، ٢٠، ٢٢، ٢٣، ٢٥، ٢٧، ٣٠، ٣١، ٣٣، ٣٤، ٣٨، ٣٩، ٤٠) .

**مقياس تقدير الذات: Index of Self - Esteem**

**المؤلــف:** والتر دبليو.هادسون Walter W. Hudson

**الغــرض:** قياس المشاكل الخاصة بتقدير الذات .

**الوصـــف:** هو مقياس مكون من ٢٥ بنداً لقياس درجة وشدة أو حجم مشكلة تقدير الذات الخاصة بالعميل. ويعتبر تقدير الذات بمثابة عنصر تقويمى لمفهوم الذات. ومقياس تقدير الذات مكتوب بلغة بسيطة للغاية، ويطبق بسهولة، ويصحح بسهولة. ولأن المشاكل الخاصة بتقدير الذات غالباً ماتكون مركزية للصعوبات الاجتماعية والنفسية، فإن هذه الأداة لها مدى واسع من الفائدة بالنسبة لعدد المشاكل الإكلينيكية. ومقياس تقدير الذات له درجتان. فاصلتان، الأولى هى درجة ٣٠ (± ٥). والدرجات تحت هذه النقطة تشير إلى غياب مشكلة إكلينيكية دالة فى هذا المجال، أما الدرجات أعلى من ٣٠ فتوحى بوجود مشكلة دالة إكلينيكياً. والدرجة الفاصلة الثانية هى ٧٠. والدرجات فوق هذه النقطة تشير دائماً إلى أن العملاء يخبرون ضغطاً شديداً مع إمكانية واضحة بأن نمطاً معيناً من العنف يمكن أن يؤخذ فى الاعتبار أو يستخدم للتعامل مع المشاكل. ويجب أن يكون الممارس على وعى بهذه الاحتمالية .

**المعاييـــر**: إشتُق المقيـاس من ١٧٤٥ مـسـتـجـيب، يشـملون أفـراداً عـزاباً ومـتـزوجين، ومن مـجـتـمـعـات إكلينيكيـة وغـيـر إكلينيكيـة ومن طلاب الجـامـعـة وغـيـر الطلاب. وشـمـل المسـتـجـيـبـون قـوقـازيين ويابانيين وأمريكيين من أصل صينى، وعدد أصغر من مجموعات الأقلية العرقية الأخرى. ولايوصى باستخدام مقياس تقدير الذات مع الأطفال تحت عمر ١٢ سنة. والمعايير الفعلية غير متاحة.

**التصحيح**: يصحح مقياس تقدير الذات أولاً بعكس البنود أرقام (٣، ٧، ١٤، ١٥، ١٨، ٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٥)، وتجمع درجات تلك البنود مع درجات البنود الباقية لتعطى الدرجة الكلية، ثم يتم معالجة الدرجة الكلية وفقاً لما أوصى به معد المقياس .

**الثبـــات**: يتمتع مقياس تقدير الذات بثبات إتساق داخلى جيد حيث بلغ معامل ألفا ٩٣ر٠، كما يتمتع بالاستقرار عبر الزمن حيث بلغ معامل الارتباط بإعادة التطبيق بفاصل زمنى أسبوعين ٩٢ر٠ .

**الصـــدق**: إن لمقياس تقدير الذات صدق مجموعات معروفة جيد، يميز على نحو دال بين العملاء المحكوم عليهم بواسطة الإكلينيكيين باعتبار أن لهم مشاكل فى مجال تقدير الذات وأولئك الذين لم يحكم عليهم بهذا. علاوة على ذلك، فـإن لمقياس تقدير الذات صدق مفهوم جيد جداً، فضلاً عن وجود صدق تلازمى جيد جداً أيضاً حيث إرتبط بشكل جوهرى بمقاييس أخرى مثل الاكتئاب.

**نماذج من البنود :**

هذا المقياس مصمم لقياس كيف ترى نفسك. إنه ليس إمتحاناً، ولهذا لاتوجد إجابات صحيحة أو خاطئة. من فضلك أجب على كل بند بدقة بقدر مايمكنك بوضع رقم بجانب كل بند كما يلى :

١ = لم يحدث فى أى وقت
٢ = على نحو نادر جداً.
٣ = قليل من الوقت .
٤ = بعض الوقت .
٥ = جزء كبير من الوقت .
٦ = معظم الوقت .
٧ = كل وقت .

---

١ - أشعر أن الناس لن يحبونى إذا ماعرفونى جيداً .
٢ - أشعر أنى شخصاً جميلاً .
٣ - أشعر بالوعى بالذات حينما أكون مع غرباء .

## إستبيان شكل الجسم: Body Shape Scale

**المؤلف:** حسين فايد .

**الغرض:** قياس مفهوم صورة الجسم من حيث تأثره بالضغوط الاجتماعية الثقافية التى تحفز على النحافة .

**الوصف:** هو أداة للتقرير الذاتى عن مفهوم شكل الجسم صممت لقياس الرضا وعدم الرضا عن شكل الجسم وفقاً للضغوط الاجتماعية الثقافية التى تحفز على النحافة. وتتكون الأداة من ٢٢ بنداً تقيس خمسة أبعاد هى، النحافة كصفة جيدة (البنود ١، ٦، ٧، ١٢، ١٣)، وعدم الرضا عن زيادة الوزن (البنود ٢، ٤، ٥، ١٠، ١٤)، والقلق من زيادة الوزن (البنود ٨، ٩، ١٧)، والإفراط فى الطعام مقابل الجاذبية الجسمية (البنود ٥، ١٤، ١٥)، وإنقاص الوزن مقابل رسائل بينشخصية عن النحافة (البنود ٣، ٩، ١١، ١٦) .

**التصحيح :** يصحح استبيان شكل الجسم وفقاً لمقياس ليكرت الخماسى المتدرج من (١ = لامطلقاً) وحتى (٥ = كثير جداً). ويتم التعامل مع الدرجة الكلية للمقياس من خلال جمع الدرجات التى حصل عليها المبحوث على كل بند، وننوه أنه لاتوجد عبارات يتم تصحيحها فى الإتجاه العكسى .

**الثبات :** يتمتع استبيان شكل الجسم بالاستقرار عبر الزمن حيث بلغ معامل الارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق ٧١ر٠، كما يتمتع باتساق داخلى حيث بلغ معامل الثبات بطريقة القسمة النصفية ٦٩ر٠.

**الصدق:** تم حساب صدق الاستبيان بطريقتى الصدق الظاهرى، والصدق العاملى، وأسفرت تلك الطريقتان عن تمتع المقياس بصدق جيد وأنه يقيس الظاهرة التى وضع لقياسها .

**نماذج من البنود :**

يتضمن هذا المقياس مجموعة من العبارات التى تتعلق بالضغوط الاجتماعية الثقافية الواقعة على الإناث والنساء ليكن أكثر نحافة. والمطلوب منك قراءة كل عبارة، ثم إسأل نفسك عن مدى إنطباقها عليك. وضع دائرة حول الرقم الذى يحدد مدى إنطباق العبارة عليك. وليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

| | لامطلقاً | أحياناً | متوسط | كثير | كثير جداً |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ – أريد أن أكون أكثر نحافة | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢ – ترغب والدتى فى أن أبدو بمظهر طيب ونحيفة . | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٣ – أعتقد أن الشباب يتعمدون تقدير حجم وشكل جسم النساء . | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

**استبيان تجنب صورة الجسم: B I A Q**

**المؤلفـون :** جيمس روسين وزملاؤه. J.Rosen et al.

**الفــرض :** قياس الميول السلوكية التى تصاحب على نحو متكرر اضطراب صورة الجسم .

**الوصــف :** إن استبيان تجنب صورة الجسم هو أداة مكونة من ١٩ بنداً مصممة لقياس الميول السلوكية التى غالباً ماتصاحب اضطراب صورة الجسم، وبصفة خاصة يتعامل الاستبيان مع تجنب المواقف التى تثير الاهتمام بالمظهر البدنى، مثل تجنب التركيز البدنى، والنزهات الاجتماعية، والملابس التى تظهر مفاتن الجسم وحيث أن هذه السلوكيات الخاصة بالتجنب تكون شائعة لدى الأشخاص الذين يتصفون بعدم الرضا عن الجسم وحيث أنه لاتوجد مقاييس لهذا العنصر من المشكلة، فقد قابل المؤلفون ٤٠ فتاة مقيمة منتقاة على عشوائى من مبنى الإقامة الداخلية بإحدى الجامعات وصنفوا شكاوٍ مقررة على نحو شائع خاصة بتغيرات سلوكية مرتبطة بصورة الجسم السلبية إلى بنود هذا الاستبيان وينظر إلى المقياس باعتباره نافعاً لرصد التغيرات فى تجنب هذه المواقف كنتيجة للعلاج.

**المعاييــر:** إختبر استبيان تجنب صورة الجسم على عينة قوامها ٣٥٣ طالبة فى قسم علم النفس، بلغ متوسط أعمارهن ١٩٫٧ سنة. وقد بلغ متوسط الدرجة على الاستبيان ٣١٫٥ بانحراف معيارى ١٣٫٩ .

**التصحيح:** يصحح استبيان تجنب صورة الجسم ببساطة بتجميع درجات الفرد على كل بند والتى تتراوح بين صفر – ٥، وبذلك تتراوح الدرجة على المقياس الكلى بين صفر –٩٤. وبالرغم من أن استبيان تجنب صورة الجسم يشتمل على أربعة عوامل مشتقة من التحليل العاملى (ارتداء الملابس، والنشاطات الاجتماعية، وتناول الطعام فى المطاعم، والوزن)، إلا أن هذه العوامل لاتصحح بشكل منفصل .

**الثبـــات:** يتمتع استبيان تجنب صورة الجسم باتساق داخلى ممتاز، حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ ٠٫٨٩ . كما أنه مقياس يتسم بالاستقرار عبر الزمن حيث بلغ معامل الثبات بإعادة الاختبار بعد أسبوعين ٠٫٨٧ .

**الصـــدق:** تم حساب الصدق التلازمى للمقياس وقد جاء هذا الصدق جيداً، حيث بلغ معامل الارتباط مع تقدير حجم الجسم ٠٫٢٢ . ورغم صغر هذا المعامل إلا أنه جوهرى، كما بلغ الارتباط بين الاستبيان الحالى وكل من مقياس شكل الجسم والاهتمام بالوزن ٠٫٦٨ و ٠٫٦٣ . كما يتمتع المقياس بصدق جيد خاص بالمجموعات المعروفة، حيث يميز بشكل جوهرى بين المجموعات الإكلينيكية (الشره المرضى) وغير الإكلينيكية. وفى النهاية أوضح استبيان تجنب صورة الجسم أنه حساس للتغيرات فى العملاء المصابين باضطراب صورة الجسم .

**نماذج من البنود:**

ضع دائرة على الرقم الذى يصف كأحسن مايكون كم عدد المرات التى غالباً ماتنغمس فيها فى هذه السلوكيات فى الوقت الحالى .

| | دائماً | عادة | غالباً | أحياناً | نادراً | إطلاقاً |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ - أرتدى ملابساً فضفاضة | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | صفر |
| ٢ - أقلل من كمية الطعام التى أتناولها | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | صفر |
| ٣ - أتجنب الذهاب لتسوق الملابـــس | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | صفر |
| ٤ - أتجنب الاهتمام بالجسم | ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | صفر |

**مقياس فاعلية الذات العام: Genera Self - Efficacy Scale**

**المؤلفون:** بوشر وسميت Bosscher & Smit

**المعرب:** حسين فايد

**الهدف:** قياس فاعلية الذات

**الوصف:** يتكون المقياس من ١٢ بنداً مضممة أساساً لقياس فاعلية الذات المتمثلة فى الرغبة فى إبتداء السلوك (المبادرة)، والرضا عن بذل المجهود فى إكمال السلوك (المجهود)، والمثابرة فى مواجهة المحنة أو الشدة (المثابر). والمقياس من نوع «مقياس ليكرت»حيث يعطى للمبحوث فرصة تحديد درجة موافقته على البند من بين عدة درجات تتكون من خمسة مستويات، هى (لامطلقاً=١، نادرا= ٢، أحياناً =٣، كثيراً = ٤، كثيراً جداً = ٥).

**التصحيح:** يتم جمع الدرجات التى حصل عليها المبحوث على كل بند، وذلك للحصول على الدرجة الكلية للمقياس والتى تتراوح بين ١٢ - ٧٠ درجة.

**الثبـــات :** يتمتع المقياس باتساق داخلى جيد، حيث بلغ معامل ألفا فى البيئة الأجنبية ٦٩ر٠، وبلغ معامل الثبات بطريقة القسمة النصفية (فردى – زوجى) ٨٢ر٠ فى البيئة المصرية. كما يتمتع المقياس بالاستقرار عبر الزمن حيث بلغ معامل الارتباط بين التطبيق وبإعادة التطبيق ٨٦ر٠ فى البيئة العربية .

**الصـــدق:** تم التحقق من الصدق في كل من البيئتين الأجنبية والعربية بطريقة الصدق العاملى، وأسفر هذا الإجراء عن وجود ثلاثة عوامل متشابهة فى البيئتين الأجنبية والعربية، وهى: المبادرة، والمجهود، والمثابرة. ويشير ذلك إلى صدق مضمون المقياس وأنه يقيس ماوضع لقياسه .

**نماذج من البنود :**

فيما يلى مجموعة من العبارات التى يصف بها الناس أنفسهم، وأمام كل عبارة مجموعة من الدرجات الموجودة تحت خمس خانات، والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة بدقة، ثم حدد إلى أى مدى تنطبق عليك العبارة بوضع دائرة O حول الرقم الموجود تحت الخانة التى تناسب إجابتك .

| العبارة | لامطلقاً | نادراً | أحياناً | كثيراً | كثيراً جداً |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ – إذا مابدا شىء ما معقداً فلم أكلف نفسى لحله ولو لمرة واحدة.......... | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٢ – أتجنب محاولة تعلم أشياء جديدة حينما تبدو صعبة جداً.......... | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |
| ٣ – حينما أقرر القيام بشىء ما، فإننى أتوجه مباشرة للبدء فيه ......... | ١ | ٢ | ٣ | ٤ | ٥ |

البنود أرقام ٤، ٥، ٦، ٧، ٨ يتم تصحيحها بشكل عكسى.

## استبيان فاعلية الذات للتدخين :

## Smoking Self - Efficacy Qustionnaire

**المؤلفـون :** جيب كوليتى وجاى سابنيك G. Colletti & J. Supnick

**الغــرض :** قياس إعتقادات الفرد عن قدرته على مقاومة الحافز للتدخين .

**الوصـــف :** هو أداة مكونة من ١٧ بندا مصممة لتقويم نظرية تطبيق الفاعلية على التدخين، أى ماإذا كان تغيير فى إعتقاد الشخص بالنسبة لقدرته على تنفيذ علم معين بنجاح يمكن أن يجلب تغيراً فى السلوك (تخفيض التدخين أو الإقلاع عنه تماماً). ويطلب من المستجيين أن يقرأوا كلاً من ١٧ موقفاً وبعد ذلك يقرروا ماإذا كانوا يستطيعون توقع التحكم فى سلوكهم التدخينى ويبقون على برنامج خفض التدخين فى ذلك الموقف. وتؤدى الأداة إلى درجة كلية تشير إلى القوة الشاملة للحكم على فاعلية الذات. وبالرغم من أنه لازال فى مرحلته المبكرة من التطور، فإن استبيان فاعلية الذات للتدخين يوضح إمكانية للتطبيقات البحثية والإكلينيكية .

**المعاييــر :** مبدئياً أسُس استبيان فاعلية الذات للتدخين وفقاً لاستجابة ١٢٨ شخصاً من الذكور والإناث بمتوسط عمرى ٣٩٫٧ سنة من الذين كانوا مشاركين فى برنامج مستمر لخفض التدخين ذى توجه سلوكى. وكان ٢٩ مستجيباً إضافياً قد شاركوا فى مراحل أسبق فى تطوير المقياس. وقد كان المتوسط ٤٢٫١٣ قبل العلاج وإرتفع إلى ٧٥٫٥٣ بعد العلاج .

**التصحيح :** يصحح استبيان فاعلية الذات للتدخين بتجميع تقديرات ثقة المستجيبين (على مقياس من ١٠ - ١٠٠) على كل من البنود السبعة

عشرة التى تنطبق على الموقف الشخصى للمستجيبين، وتقسم الدرجات بعد ذلك بعدد البنود المجابة – ويؤدى هذا إلى متوسط مقدر لدرجة الثقة مع مدى من صفر ٪ إلى ١٠٠٪ .

**الثبات:** يتمتع استبيان فاعلية الذات للتدخين باتساق داخلى جيد جداً، كما بلغ معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق ٦٢ر٠ الأمر الذى يعكس أن المقياس يتمتع باستقرار عبر الزمن .

**الصدق:** أشار مُعدا الإستبيان إلى أن الاستبيان له قدرة تنبئوية جيدة، حيث جاءت الارتباطات جوهرية بين التدخين واستبيان فاعلية الذات للتدخين .

**نماذج من البنود :**

الفقرات التالية هى أوصاف لمواقف يجد فيها الناس ذوى مشاكل التدخين من الصعب جداً عدم التدخين. إذا كنت تحاول التوقف، فإنها قد تكون المواقف التى يحتمل أن تستسلم فيها.

**أولاً:** إقرأ كل وصف بوضوح بقدر الإمكان وحاول أن تتخيل نفسك فى ذلك الموقف، ثم قدر ماإذا كنت تتوقع أن فى هذا الموقف تستطيع أن تتحكم فى سلوكك التدخينى وتبقى على برنامج تخفيضك. مسجل «نعم» مما يعنى «أستطيع التحكم فى سلوكى التدخينى» أو «لا» مما يعنى «لاأستطيع التحكم فى سلوكى التدخينى» فى الفراغ الموضح «أستطيع أن أفعل» .

وإذا أجبت «نعم» فحاول أن تقدر حينئذ إلى أى مدى تثق أنك يمكن أن تتحكم فى سلوكك التدخينى. وباستخدام الأرقام من المقياس ١٠-١٠٠

المكتوبة أدناه، إختر الرقم الذى يعبر عن درجتك الخاصة بالثقة، وأكتب ذلك الرقم فى الفراغ الموضح (الثقة) .

مع مراعاة أن بعض التفاصيل الدقيقة لهذا الموقف قد لاتنطبق عليك، مثل التدخين أثناء شرب القهوة، ولكن الوصف قد يكون لموقف لاتخبره، على سبيل المثال، التدخين عند شرب الكحول، تستطيع أن تقدر ذلك بدلاً منه، إذا لم يكن الموقف هو ماتخبره دائماً، تستطيع أن تضع علامة x فى الفراغ «أستطيع أن أفعل هذا» وتتواصل إلى البند التالى .

**مقياس الثقة :**

١٠ ٢٠ ٣٠ ٤٠ ٥٠ ٦٠ ٧٠ ٨٠ ٩٠ ١٠٠

غير متأكد — متأكد بشكل متوسط — متأكد

| | أستطيع أن أفعل ذلك | الثقة |
|---|---|---|
| ١ – أنت بالخارج مع أصدقائك الذين يدخنون كثيراً ولاتريد أن تعرفهم أنك فى برنامج لتخفيض التدخين . | – | – |
| ٢ – أنت تجلس بالمنزل وحدك فى مزاج سيء، وتفكر فى المشاكل وأشكال الفشل فى حياتك . | – | – |
| ٣ – بعد إحدى الوجبات . | – | – |

**مقياس تصور الإنتحار: Suicidal Ideation Scale**

**المؤلف:** رود Rudd

**المعرب:** حسين فايد

**الغرض:** قياس تصور الانتحار .

**الوصف:** يتكون المقياس من ١٣ عبارة تمثل متصلاً من تصور الانتحار الكامن إلى تصور أكثر وضوحاً أو أفكار مكثفة، وفى النهاية محاولات إنتحار فعلية، والمقياس من نوع «مقياس ليكرت» حيث يعطى للمبحوث فرصة تحديد درجة موافقته على البند من بين عدة درجات تتكون من خمسة مستويات وتتراوح (لاتنطبق إطلاقاً = ١) حتى تنطبق دائماً = ٥).

**التصحيح:** لقد أُعدت جميع العبارات فى الاتجاه السلبى نحو تصور الانتحار، ويتم التصحيح بجمع الدرجات التى حصل عليها المبحوث على جميع عبارات المقياس، وكلما زادت الدرجة على المقياس كلما زاد الاتجاه نحو المزيد من تصور الانتحار .

**الثبات:** تم حساب الثبات فى البيئتين الأجنبية والعربية بعدة طرق منها ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية (فردى/ زوجى) وإعادة التطبيق. وأوضحت نتائج الثبات أن المقياس يتمتع بالاستقرار عبر الزمن كما يتمتع بالاتساق الداخلى (أنظر: حسين فايد، ١٩٩٤).

**الصدق:** تم حساب الصدق فى البيئتين الأجنبية والعربية بعدة طرق، منها الصدق الظاهرى، والصدق التلازمى، والصدق التمييزى. وجاءت نتائج الصدق حاسمة ومدعمة لصدق المقياس وأن مضمونه يقيس ماوضع لقياسه (أنظر حسين فايد، ٢٠٠٤) .

### مقياس الكمالية :

**المؤلف:** حسين فايد .

**الغرض:** قياس الكمالية العصابية .

**الوصـــف:** يتكون هذا المقياس من ٢٨ عبارة لقياس الكمالية التى إما أن تكون بالتوجيـه الذاتى حيث يضع الفرد لنفسه مستويات عالية ويحاول تحقيقها. أو أن تكون مكتسبة إجتماعياً حيث يكتسبها الفرد من إدراكه للمواقف الاجتماعية المحيطة به، أو أن تكون بتوجيه الآخرين حيث يضع الآخرون للفرد مستويات عالية ويحاول تحقيقها بدافع منهم. والمقياس من نوع «مقياس ليكرت» الخماسى حيث توجد خمسة بدائل للإجابة موضوعة أمام كل عبارة تتراوح من (لامطلقا=١) وحتى (كثيراً جداً = ٥). ويطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول الرقم الموجود تحت الخانة التى تناسب إجابته على كل عبارة .

**التصحيح:** أعدت جميع العبارات فى الاتجاه نحو الكمالية غير السوية. وبذلك يتم جمع الدرجات التى حصل عليها المبحوث على جميع العبارات، وكلما زادت الدرجة كلما كان ذلك فى إتجاه المزيد من الكمالية غير السوية .

**الثبـــات:** يتمتع المقياس بالاستقرار عبر الزمن حيث بلغ معامل الارتباط ٧٩ر٠ بين نتائج التطبيق الأول والثانى بفاصل زمنى مقداره أسبوعين. كما يتمتع المقياس بالاتساق الداخلى حيث بلغ معامل الثبات ٧٧ر٠ بطريقة القسمة النصفية (فردى – زوجى) .

**الصـــدق:** تم التحقق من صدق المقياس بعدة طرق، هى الصدق الظاهرى، الصدق العاملى ، والصدق التلازمى من خلال حساب الارتباط بين الأداة الحالية ومقياس بيك للاكتئاب، وقد جاءت نتائج الصدق حاسمة ومدعمة لصدق المقياس (أنظر: حسين فايد، ٢٠٠٣) .

**مراجع الفصل السابع :**

١ – أحمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٢). فقدان الشهية العصبي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، مجلة دراسات نفسية، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ك ٢، جـ١، ٥٧–٧٤ .

٢ – حسين فايدة (١٩٩٨)، الفروق في الإكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها، مجلة دراسات نفسية، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، المجلد (٨)، العدد (١)، ٤١–٧٨ .

٣ – حسين فايد (١٩٩٩). صورة الجسم وفقدان الشهية العصبي والقلق الاجتماعي لدى الإناث المراهقات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، المجلد (٩)، العدد (٢٣)، ١٨٠ – ٢٢٣ .

٤ – حسين فايد (٢٠٠٢). العلاقة بين حساسية القلق وكل من سمة القلق والهلع والاكتئاب لدى عينة غير إكلينيكية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، المجلد (١٢)، العدد (٣٧)، ٤٧ – ٩٦ .

٥ – حسين فايد (٢٠٠٢). شكل الجسم وتقدير الذات كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين الكمالية والشره العصبي، مجلة الإرشاد النفسي، القاهرة، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد (١٥)، ٦٠ – ٩٥ .

٦ – حسين فايد (٢٠٠٣). اليأس وحل المشكلات والوحدة النفسية وفاعلية الذات كمنبئات بتصور الانتحار لدى طالبات الجامعة،

المجلة المصـرية للدراسـات النفسـيـة، القـاهـرة، مكتـبـة الأنجلو المصـرية، المجلد (١٣)، العـدد (٣٨)، ١٠١ – ١٥٦ .

٧ – حسين فايد (٢٠٠٤). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بكل من شكل الجسم ومـفـهـوم الذات لدى طالبـات الجـامـعـة، مـجلة الإرشـاد النفسى، القاهرة، مركز الإرشـاد النفسى، جامعة عين شمس، العدد (١٨) .

٨ – حسين فايد (٢٠٠٠). الاعتمادية ونقد الذات وعلاقتهما بإدراك القبول/ الرفض الوالدى والاكتئاب، المجلة المصرية للدراسـات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، المجلد (١٠)، العدد (٢٥)، ١٦٣–٢١٣ .

9 - Abell, N. (1991). The Index of Clinical Stress: A brief measure of subjective stress for practice and research; Social Work. Research and Abstracts, 27, 12-15.

10- Brugha, T. (1990). The list of threatening experience: The reliability and validity of a brief Life Events Questionnaire, Acta Psychiatrica Scandinaulca, 82, 77-81.

11- Colletti, G., & Supnick, J. (1995). The Smoking Self-Efficacy Questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation, Behavioral Assessment, 7, 249-260.

12- Horowitz, J. (1982). Impact of Event Scale: A Cross-Validaition study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 407-414.

13- Hudson, W. W. (1992). Index of Self-Esteem (ISE). In W. W.Hudson (Ed.), The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual. Tempe, AZ:WALMYR Publishing Co.

14- Hudson, W.W. (1992). Index of Sexual Satisfaction, In W.W. Hudson (Ed.), The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual. Tempe, AZ:WALMYR Publishing Co.

15- Kerns, R., Turk, D., & Rudy, T. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), Pain, 23, 345-356.

16- MacNeil, G. (1991). A Short-from Scale to measure alcohol abuse, Research on Social Work Practice, I, 68-75.

17- McMullin, R. (1990). Thinking and drinking: An expose of drinkers' distorted beliefs. Wheelers Hill, Victoria, Australia: Marlin Publications.

18- Melzack, R. (1983). Pain Measurement and Assessment. New York: Raven Press.

19- Nugent, W., & Thomas, J. (1993). Validation of the Self-Esteem Scale, Research on Social Work Practice, 3,191-207.

20- Riley, K. (1988). Measurement of Dissociation, Journal of Nervous and Mental Disease, 176, 449-450.

21- Rosen, J., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire, Psychological Assessment, 3,32-37.

22- Thyer, B. (1992). Clinical Anxiety Scales, In Hudson, W. (Ed.), The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual. Tempe, AZ: WALMYR Publishing Co.

23- Underwood, B., & Froming, W. (1980). The Mood Survey: A personality measure of happy and sad moods, Journal of Personality Assessment, 44, 404-414.

# الفصل الثامن
# العلاج النفسي
# Psychotherapy

**مقدمـــة :**

في هذا الفصل سوف نصف مجموعة متنوعة من طرق العلاج النفسي، يقوم معظمها على نظريات الضغط والمواجهة والشخصية والاضطرابات النفسية. وبتوضيح تفسيرات مقترحة لما يمكن أن يسير خاطئاً في نماء الشخصية والسلوك ودور الضغوط في كليهما، فإن هذه النظريات تقدم خطوطاً إرشادية هامة للعلاج .

وفي البداية نفحص الملامح الأساسية المشتركة بين جميع أساليب العلاج. وبعد ذلك نناقش مجالات تعتمد على العلاج النفسي، وعلاج الاضطرابات النفسية بواسطة أساليب نفسية مثل التحدث عن المشاكل واستكشاف طرق جديدة للتفكير والسلوك. وتستخدم هذه المجالات أساليباً مشتقة من مجالات سيكودينامية وظاهراتية Phenomenological وسلوكية للعلاج .

وبالرغم من أننا سوف نناقش مجالات مختلفة في أقسام منفصلة، إلا أنه يجب أن نضع في الاعتبار أن غالبية المهنيين في مجال الصحة النفسية يرون أنفسهم كمعالجين انتقائيين Eclectic therapists . بمعنى أنهم قد يميلون إلى مجال علاجي واحد، ولكن أثناء العمل مع عملاء معينين أو مشاكل معينة، فإنهم يستعينون بأساليب من أنماط علاجية أخرى (Jensen et al., 1990). فضلاً عن تلقي كثير من العملاء عقاقيراً مؤثرة نفسياً بجانب العلاج أثناء سير العلاج النفسي (Lickey &Gordon, 1991).

## الملامح الأساسية للعلاج النفسى :

تشترك جميع العلاجات الخاصة بالاضطرابات النفسية وكذلك العلاجات الخاصة بالاضطرابات الجسمية فى ملامح أساسية معينة. وتشمل هذه الملامح العامة عميلاً أو مريضاً، ومعالجاً يتوقع منه أن يكون قادراً على مساعدة العميل وتأسيس علاقة خاصة بين العميل والمعالج. وبالإضافة إلى ذلك، تقوم كل أشكال العلاج على نظرية ما عن أسباب ومشاكل العميل. وعادة يركز الأخصائيون النفسيون على تغيير العمليات النفسية من خلال العلاج النفسى .

ويمكن تصنيف الناس الذين يتلقون علاجاً نفسياً إلى فئتين عامتين، هما: المرضى الداخليين Inpaitents والمرضى الخارجيين Outpaitents . فالمرضى الداخليون يعالجون فى مستشفيات أو مؤسسات إقامة أخرى، إنهم نزلاء مستشفى لأن إصابتهم شديدة بما يكفى لتهديد رفاهيتهم أو أمن الآخرين. وإعتماداً على مستوى أدائهم، فإن المرضى الداخليين قد يظلون فى المستشفى لأيام قليلة أو حتى سنوات عديدة. ويشمل علاجهم دائماً عقاقيراً مؤثرة نفسياً Psychoactive drugs . أما المرضى الخارجيين، فيميلون إلى أن يكونوا أصغر فى العمر، أو يكونوا إناثاً، أو يأتون بشكل نمطى من طبقات متوسطة أو عليا .

وأولئك الذين يقدمون العلاج النفسى هم مجموعة متنوعة كذلك. فمنهم الأطباء النفسيون Psychiatrists ، وهم أطباء أكملوا تدريباً متخصصاً كاملاً فى علاج الاضطرابات النفسية. وهم مثل الأطباء الآخرين لديهم ترخيص فى وصف العقاقير لعلاج المشاكل النفسية. ومنهم الأخصائيون النفسيون Psychologists، الذين يقدمون العلاج النفسى، وهم ممن أكملوا عادة درجة الدكتوراه فى علم النفس الإكلينيكى أو الإرشادى، يليها فى الغالب تدريباً

متخصصاً إضافياً. وننوه هنا إلى أن الأخصائيين النفسيين ليس لديهم ترخيصاً لوصف العقاقير في العلاج النفسي رغم وجود جدل مستمر لاقتراح تحديد خصائص الوصفات للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الذين قد كانوا مدربين بصفة خاصة لهذه الوظيف (Mc Guire, 1998). ومقدمو العلاج الآخرين يشملون الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي Clinical Social workers، ومعالجو الزواج والأسرة Marriage and family therapist. ويحمل جميعهم بشكل نمطي درجة الماجستير في مهنهم الخاصة، ويقدمون علاجاً في مجموعة متنوعة من المحيطات، مثل المستشفيات والعيادات. والممارسة الخاصة. وفضلاً عن هؤلاء المتخصصين في مجال العلاج النفسي المنوه عنهم سلفاً، فتوجد ممرضات الطب النفسي، ومرشدو سوء استخدام المواد، وأعضاء من رجال الدين الذين يقدمون كذلك أشكالاً من العلاج. ويمثلون جزءاً من الفريق العلاجي للمرضى الخارجيين .

ويعتبر الهدف العام لمقدم العلاج هو مساعدة الناس المضطربين على تغيير تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكهم بأساليب تُشفي وتخفف الأسى أو الكرب، وتزيد الرفاهية أو السعادة وتحسن أداءهم الكلي. ولتحقيق هذا الهدف، يحاول بعض المعالجين أن يساعدوا العملاء على كسب الاستبصار في الأسباب المختلفة للمشاكل، ويسعى آخرون إلى تعزيز النمو من خلال التعبير الذاتي الأصيل Genuine self - expression ، ولازال آخرون يساعدون العملاء على تعلم وممارسة طرق جديدة من التفكير والسلوك. وتعتمد الطرق الخاصة المستخدمة في كل حالة على المشاكل، والتفضيلات، والظروف المالية للعميل، والوقت المتاح للعلاج، والتفضيلات النظرية والمنهجية للعلاج. وتوجد مئات

الطرق أو الأساليب النوعية للعلاج النفسى (Bongar & Beutler, 1995; Ellis, 1997). ويقع معظمها فى واحدة من ثلاث فئات عامة، هى: السيكودينامية، والظاهراتية، والسلوكية. وفيما يلى سوف نعرض للفئات الثلاث الأساسية للعلاج النفسى .

## العلاج السيكودينامى

## Psychodynamic Psychotherapy

بدأ مجال العلاج النفسى الرسمى Formal Psychotherapy فى أواخر القرن التاسع عشر حينما أسس سيجموند فرويد S. Freud المجال السيكودينامى للشخصية والاضطرابات العقلية. ويعتبر الشىء المركزى لمجاله وتصوراته الحديثة هو الافتراض بأن الشخصية والسلوك يعكسان مجهودات الأنا Ego لحل الصراعات، ومادة الصراعات اللاشعورية بصفة خاصة بين عناصر مختلفة من الشخصية.

وتهدف طريقة فرويد فى العلاج بالتحليل النفسى إلى فهم هذه الصراعات اللاشعورية وكيف تؤثر على العميل. وطريقته واحد – إلى – واحد His one - to -one method الخاصة بدراسة وعلاج الناس، وبحثه المنهجى للعلاقات بين تاريخ حياة فرد ومشاكله، وتأكيده على الأفكار والانفعالات فى العلاج، وتركيزه على العلاقة بين العميل والمعالج تنعكس تقريباً فى جميع أشكال العلاج النفسى. وفى هذا الصدد، سوف نصف طرق فرويد الأصلية أولاً، وبعد ذلك نأخذ فى الاعتبار بعض العلاجات المتطورة الأكثر حداثة والتى تتعمق جذورها فى مجاله السيكودينامى .

## التحليل النفسى الكلاسيكى : Classical Psychoanalysis

إبتكر التحليل النفسى الكلاسيكى أساساً خارج الممارسة الطبية لفرويد. فلقد أصابته الدهشة والحيرة بالنسبة للمرضى الذين عانوا من أوجاع هستيرية (مثل: العمى – الشلل – أو أعراض أخرى) لم يكن لها سبب جسمى: وتعتبر هذه الأوجاع أعراضاً لاضطرابات جسدية الشك Symatoform Disorders كما هى واردة فى دليل التشخيص الإحصائى الرابع (DSM - IV, 1994). وقد أدرك ذلك فرويد من خلال النجاح الهائل لزميله جوزيف برويرJ. Braur فى استخدام التنويم المغناطيسى لعلاج الأعراض الهستيرية لدى مريضة تعرف بـ أنا أو Anna O . وقد جرب فرويد طرقاً مماثلة مع مرضى هستيريا آخرين ولكنه قد نجح بشكل جزئى ومؤقت فى علاجهم. وفى النهاية، توقف عن استخدام التنويم وطلب فقط من مرضاه أن يستقلوا على أريكة ويقرروا أية أفكار أو ذكريات أو صور تاتى أو تحضر إلى عقولهم (عملية أسماها فرويد بالتداعي الحر Free association) .

وكانت نتائج هذا «الشفاء بالحديث» Talking cure مدهشة، وذُهل كل من «فرويد وبروير» بعدد المرضى الذين قرروا ذكريات طفولة خاصة بالتعسف الجنسى Sexual abuse عادة بواسطة الوالد أو قريب وثيق الصلة بهم. وسواء أكان المسئ إلى الطفل شاباً فى فينا فى ذلك الوقت أو تقارير مرضى، فقد شُوهت بواسطة عوامل نفسية. واستنتج «فرويد» فى النهاية أن ذكريات مرضاه عن الإغواء فى الطفولة من المحتمل أنها عكست تخييلات طفولية. وقد هوجم هذا الاستنتاج فى السنوات الحديثة، حيث ركز إستدلال «فرويد» التحليلى النفسى الكلاسيكى على استكشاف الدفعات والتخييلات اللاشعورية. واستنتج أن الأعراض الهستيرية نمت من صراعات خاصة بهذه الدفعات والتخيلات .

ويهدف العلاج بالتحليل النفسى الكلاسيكى إلى مساعدة العملاء على اكتساب الاستبصار عن مشاكلهم من خلال تبين وتوضيح الأفكار والانفعالات اللاشعورية ثم الاكتشاف أو العمل خلال الطرق الكثيرة التى تؤثر فيها هذه العناصر اللاشعورية فى الحياة اليومية. وقد يتطلب العلاج مايصل إلى ثلاث أو خمس جلسات أسبوعياً، عادة علي مدى سنوات عديدة. وبصفة عامة، يحاول المحلل النفسى أن يحافظ على حياد عاطفى خلال العلاج، فى حين ينمى العميل ببطء استبصاراً فى كيف أن الصراعات الماضية تحدد المشاكل الحالية (Auld & Hyman, 1991).

ولمعرفة مظاهر داخل اللاشعور، فلم يقتصر «فرويد» على التداعي الحر فقط لمرضاه، ولكنه إستعان كذلك بتفسير أحلامهم، وسلوكياتهم اليومية، وعلاقتهم به. فلقد اعتقد أن المحتوى الظاهر من الأحلام يخفى تحته محتوى كامن يعكس الرغبات والدفعات والتخيلات التى تبقيها الحيل الدفاعية للمريض خارج الشعور خلال ساعات اليقظة. وطبقاً لذلك، خصص فرويد وقتاً هائلاً لتفسير المعانى اللاشعورية للأحلام، كما بحث كذلك عن معنى زلات اللسان (مثل القول بهائم Beast بدلاً من أفضل Best) وسلوكيات أخرى غير دالة فيما يبدو، وبالمثل، نظر فرويد إلى الرقة، والاعتمادية، والخوف، والعدائية، وأشكال أخرى من سلوك العميل فى جلسات العلاج كجزء من الطرح اللاشعورى Unconscious transference لمشاعر وصراعات المريض التى خبرت فى الطفولة فى علاقتها بالوالدين والناس المهمين الآخرين. وتحليل هذا الطرح هو أسلوب جديد خاص بصراعات الطفولة والمشاكل الحالية للعميل، وأصبحت طريقة هامة أخرى بالتحليل النفسى. فلقد اعتقد فرويد أن التركيز على الطرح يسمح للعملاء بأن يروا كيف أن هذه الصراعات قديمة جداً وتحاول

أن تجد مـأوى لهـا فى حـيـاتهم، وأنه ينبـغى حل هذه المشـاكل الموجـودة منذ الماضى البعيد (Arlow, 1995).

**الانحرافات المعاصرة فى التحليل النفسى:**

**Contematary Variations on Psychoanalysis:**

بالرغم من أن التـحلل النفـسي الكلاسـيكى لازال يُمـارس، فـإنه لم يعـد سائداً كما كان منذ عقود عديدة (Horgan, 1996). ويرجـع هذا الانحطاط إلى عـوامل مـثل عـدم الافـتـتـان بنظرية الشـخـصـيـة القـائمـة على الغـريزة، والتكاليف المالية المرتفعة للتحليل النفسي، وصلاحيته المحدودة مع الأطفال، وإتاحة أشكال بديلة كثيرة من العلاج انحرافات معاصرة فى التحليل النفسى.

وقـد ابتكرت كـثـيـر من التـوجـهـات بواسطة المنظرين الفـرويديين الجـدد. وكما هو معروف، فإن هؤلاء المنظرين مالوا إلى وضـع تأكيد أقل مما فعل فرويد علـــى ماضـــى المريض وعلى الدوافع المؤسـسة بشكل بيولوجي والنابعة من الهو واللاشعور. ومالوا كذلك إلى التركيز على المشاكل الحالية للعميل وكيف أن قـوة الأنا Power of the Ego يمكن أن تُستـخـدم لحلهـا. وتشـمل تلك الانحـرافات للعلاج القائمة على هذه النظريات الفـرويدية الجديدة تحليل الأنا Ego analysis (Hartman, 1958, Klein, 1960)، والعلاج البينشـخصى Interpersonal therapy (Sullivan, 1954)، والعـــلاج الفـــردى Individual therapy (Adler , 1927/ 1963). وقـد كـانت بعض تلك الانحرافات فى العلاج مـصممة للاستـخدام مع الأطفال (A.Freud, 1946, Klein, 1960). ويوجـد مجـال سيكوديناميى معاصر مـألوف بصفة خاصة يعرف كعلاج العلاقات بالموضوع Object relations therapy (Hamilton, 1994).

ويعتقد محللو العلاقات بالموضوع أن الشخصية وكذلك الصراع بين عناصرها تشتق من الحاجة لعلاقات بشرية مدعمة. فعلاقة الأم/ الطفل ونماذج التعلق Attachment التي تنشأ منها تشكل النموذج الأولى لهذه العلاقات (Kohut, 1971) (والمصطلح موضوع، يشير إلى الأشياء التي يمكن أن تكون لها أهمية انفعالية للشخص). وتأخذ الحاجة القوية للاتصال البشرى مرحلة مركزية فى علاج العلاقات بالموضوع، حيث أن معظم الصعوبات التى تأتى بالعملاء إلى العلاج تتضمن علاقاتهم بالآخرين.

ويلعب المعالجون النفسيون الذين يتبنون منظور العلاقات بالموضوع دوراً أكثر نشاطاً بكثير فى جلسات العلاج عن المحللين الكلاسيكيين. ويعمل معالجو العلاقات بالموضوع على تنمية علاقة تنشئة مع العميل، ويقدمون فرصة ثانية Second chance للعميل لتلقى المساندة التى قد تكن غائبة فى الطفولة المبكرة ولتحييد بعض عواقب نماذج التعلق المبكرة سيئة التكيف (L ieberman & Pawl, 1988 ). على سبيل المثال، قد يبذل المعالج جهداً عظيماً لتوضيح أنه لن يهجر العميل .

وتُبقى الانحرافات الأخرى عن التحليل النفسى الكلاسيكى إلى حد كبير من أفكار فرويدولكنها تغير شكل العلاج وبذلك تكون أقل كثافة، وأقل تكلفة، وأكثر ملائمة لمدى أوسع من العملاء (Hoyt, 1995) . على سبيل المثال، يستخدم كل من العلاج النفسى الموجه بالتحليل النفسى Psychoanalytically Oriented Psychotherapy والعلاج النفسى الدينامى المحدود الوقت Time -Limited Dinimic Psychothrapy طرقاً أساسية خاصة بالتحليل النفسى ولكنهما يستخدمانها بشكل أكثر مرونة (Levenson &Strupp, 1997) .

وفى هذه الأشكال من العلاج، قد يكون المعالج أكثر نشاطاً من المحلل النفسى الكلاسيكى فى توجيه انتباه العملاء لدليل خاص بصراعات معينة. وقد يتدرج الهدف من العلاج من إعطاء مساندة نفسية إلى تحقيق تغيرات أساسية فى الشخصية، وقد يكتمل العلاج فى جلسات قليلة قد تصل إلى أقل من ثلاثين جلسة. ويشجع المعالج الذى يستخدم هذه الطرق السيكودينامية الأكثر اختصاراً العملاء على أهداف معينة ملموسة. على سبيل المثال، قد يطلب المعالج من أحد العملاء أن يصف كيف يمكن أن يشعر ويسلك إذا ماتم حل مشكلة معينة بشكل مفاجئ (Harvard Mental Health Letter, 1994) .

وتبدو حقيقة معينة لتحليل الطرح فى كل أشكال الانحراف عن خط التحليل النفسى الكلاسيكى. وفى العلاج السيكودينامى القصير والذى يسمى بالعلاج التدعيمى/ التعبيرى Supportive - expressive therapy ، على سبيل المثال، يبحث المعالج عن «صراع جوهرى» Cor Conflict – موضوع علاقة الصراع الجوهرية – الذى يظهر بشكل متكرر عبر مجموعة من العلاقات، بما فيها العلاقة العلاجية (Luborsky, 1997). ويبين البحث أن موضوعات الصراع الجوهرى التى تبزغ فى جلسات العلاج هى فى الغالب مماثلة تماماً لتلك التى تحدث كذلك فى أحلام العميل (Popp et al., 1996). ويمكن توضيح الطريقة التى قد يعبر بها عميل عن صراع جوهرى فى المقتطف التالى من علاج طالبة بإحدى الكليات تبلغ من العمر إثنين وعشرين عاماً، كان قد وقع عليها تعسف بدنى من والدها فى الطفولة .

العميل: أشعر بالجنون فى نفسى لعدم قدرتى على مواجهة شريكى فى الحجرة.

المعالج: ماذا حدث ؟

العميل: كنت أتحدث إلى صديقى فقاطعنى رفيقى فى الحجرة. أراد أن يستخدم سيارتى. فقلت «أعذرنى»، فلدى محادثة. وبدلاً من التراجع استمر فى

مـقاطعتى بطريقة وقـحة. فلم أستطع مـجرد مـواجـهتـه بجـرأة. وحـينمـا انصرف، سألنى صديقى عن السبب فى أننى لم أهاجمه بعنف. ولكننى استسلمت، وبعد ذلك بدأت فى الحصول على كل هذه التخييلات .

المعالج: هل توجد أوهام ؟

العميل: نعم، أشياء هكذا، لقد تخيلت أشياء مثل الضغط عليه بفمى، قائلة له فلتـقـع صـريعـاً. وبعـد ذلك شـعـرت بالغـبـاء. كـمـا لو كنت أبالغ ولاأخـرج بشىء. لقد شعرت حقيقة بالغباء. وبدأت أنهار فى نفسى مرة ثانية .

وقد يرى المعالج التدعيمى/التعبيرى فى هذا العميل صراعاً جوهرياً بين الرغبة فى المقاومة من أجل نفسه والميل إلى نقد نفسه لوجود هذه الرغبة لديه. وسوف يراقب المعالج هذا الصراع الجوهرى ليظهر فى العلاقة العلاجية - ربما فى شكل تدعيم تجريبى بمزاج يتسم بالخوف من أن يكون ارتكب شىء خطأ - وبعـد ذلك يسـاعـد العـمـيل على رؤية الصلات بين خـوفـه من تدعيـم نفسـه، وتخييلاته الخاصة بتسوية الأمر، وخبراته الخاصة بما وقع عليه من تعسف فى الطفولة. وهذا التـعـبيـر هو جـزء من تحليل الطرح (Luborsky, 1997). وفى نفس الوقت، سوف يدعم المعالج محاولات العميل لأن يكون أكثر دعماً بأشكال من السلطة بدون أن تكون له تخييلات عنيفة .

ولاتركز الانحرافات عن التـحليل النفسى الكلاسيكى فقط على مشاعر العميل تجاه المعالج، ولكن كذلك على مشاعر المعالج تجاه العميل - فى الطرح المضـاد Counter transferance - على سـبـيل المثـال، إذا أدى الطرح بالعميل إلى أن يعامل المعالج كأب، فإن المعالج يمكن بسبب الطرح المضاد أن يبدأ بدون قصد فى معاملة العميل كابنه. ويجب أن يكون المعالجون يقظين للطرح المضاد وتأثيراته على موضوعيته الإكلينيكية. وعلى نحو مثالى، فإن

النمو والتحليل لهذه العلاقة الودودة ذات الاتجاهين يصبح كحجر الزاوية للعميل لتنمية علاقات صحية وأكثر رضاً مع الآخرين .

وبتركيز المعالجون على العلاقات البينشخصية أكثر من الغرائز، وتأكيدهم على القوة الدافعة للعملاء من أجل حل المشاكل الموجهة نحو الذات، وإعادة الثقة والمساندة الانفعالية التي يقدموها، فإن الانحرافات المعاصرة عن خط التحليل النفسى الكلاسيكى قد ساعدت المجال السيكوديناميى على أن يحافظ على تأثيره بين المهنيين فى مجال الصحة النفسية (Messer & Wolitzky, 1997) .

## العلاج النفسى الظاهراتى

## Phenomenological Psychotherapy

يؤكد الأخصائيون النفسيون الظاهريون Phenomenologists – بعضهم يعرف بالأخصائيين النفسيين الإنسانيين Humanistic Psychologist – على التفسيرات الذاتية التى يضعها الناس على الأحداث. وينظر الأخصائيون النفسيون الظاهريون إلى الناس بإعتبارهم قادرين على التحكم شعورياً فى أعمالهم وتحمل المسئولية لقراراتهم الخاصة. ويعتقد كثير من المعالجين الظاهريين أن السلوك الإنسانى لايكون مدفوعاً بالغرائز الجنسية أو العدوانية ولكن بدافع فطرى نحو النمو الموجه من لحظة إلى لحظة أخرى بالطريقة التى يفسر بها الناس العالم. وأن السلوك المضطرب – كما يقولون – يعكس إنسداداً فى السلوك الطبيعى المستمر فى الظهور عن طريق إدراكات مشوهة أو نقص فى الوعى بالمشاعر. وهكذا، فإن المعالج الظاهرى يستمر فى العمل على الافتراضات التالية :

١ – أن العلاج هو مقابلة بين ندين، وليس شفاء بواسطة خبير. إنه طريقة لمساعدة العملاء على إعادة بدء نموهم الطبيعى ليشعروا ويتصرفوا كما هم حقيقة .

٢ - سوف يتحسن العملاء من تلقاء أنفسهم، إذا ماقدمت الظروف الصحيحة والناجحة. وترتقى هذه الظروف المثالية بوعى العملاء، وقبولهم، وتعبيرهم عن مشاعرهم ومدركاتهم. وهكذا كما فى المجالات السيكودينامية، يرتقى بالاستبصار. ومع ذلك، فالعلاج الظاهراتي يبحث عن الإستبصار فى المشاعر والمدركات الحالية، لافى صراعات الطفولة اللاشعورية .

٣ - أن الشـروط المثـاليـة فى العـلاج يمكن أن تؤسس على أفـضل وجـه من خـلال عـلاقة يشـعر فيـه العـملاء بأنـهم مـقبـولون ومـدعـمـون بشكل كلى، بصـرف النظر عن سلوكهم المشكل Problematic behavior أو غير مرغوب فيه. وتؤدى خبرة العميل بهذه العلاقة إلى تغيرات نافعة. (وكما لوحظ من قـبل، فـإن هذا الافـتـراض يكون هامـاً فى العـلاج الخـاص بالعلاقات بالموضوع).

٤ - يجب أن يبقى العمـلاء مسئولين عن إختيار الكيفية التى سيفكرون ويسلكون على أساسها .

ومن العلاجات الظاهراتية الكثيرة، التى تستخدم اليوم، فإن الأعظم تأثيراً هى العلاج المتمركز حول العميل، والعلاج الجشطالتى .

### العلاج المتمركز حول العميل: "Client - Centered Therapy

لقد تم تدريب كارل روجرز C. Rogers على الأساليب السيكودينامية خـلال الثـلاثينيـات من القـرن العـشرين، ولكن مـاأسـرع أن بدأ يتـسـاءل عن قيمتـها . وكره بصـفة خـاصة أن يكون مـلاحظاً خبيراً منفصلاً، ومهمتـه هى أن يكتشف العميل. وأصبح مقتنعاً أن مجالاً أقل رسمية سوف يكون أكثر فعالية للعميل وأكثر راحـة للمعالج. وطبقاً لذلك، إبتكر «روجرز» علاجاً غير مباشر،

يعتمد على الدافع الخاص بالعميل تجاه النمو والتحقق. وسمح «روجرز» لعملائه أن يقرروا مايتحدثون عنه وفى أى وقت، بدون توجيه، أو حكم، أو تفسير بواسطة المعالج (Raskin & Rogers, 1995). ويعتمد هذا المجال والذى يسمح الآن بالعلاج المتمركز حول العميل - على خلق علاقة تعكس ثلاثة إتجاهات مترابطة للعلاج، هى: (أ) الاحترام الإيجابى غير المشروط. (ب) التقمص العاطفى. (جـ) التناغم. وفيما يلى سوف نلقى بعض الضوء على تلك الاتجاهات الثلاثة :

أ- **الاحترام الإيجابى غير المشروط**: إن الاتجاه الذى سماه «روجرز» بالاحترام الإيجابى غير المشروط ليس أكثر أو أقل من معاملة العميل كشخص ذى قيمة، بصرف النظر عن من هو. ويتواصل هذا الاتجاه عن طريق رضا المعالج لأن يستمع بدون أن يقاطع أو يتقبل مايقال بدون تقويم ولايحتاج المعالج أن يوافق على كل شىء يقوله العميل، ولكنه يجب أن يقبل كل جملة باعتبارها تعكس جزءاً من الشخص. ولأنه يثق أن العميل يحل مشاكله الخاصة، فإن المعالجين المتمركزين حول العميل نادراً مايقدمون النصيحة، فهذا بمثابة رسالة خادعة بأن العملاء غير أكفاء، مما يجعلهم أقل ثقة وأكثر إعتماداً على المساعدة .

ب - **التقمص العاطفى Empathy**: يحاول المعالجون الروجرزيون أن يقدروا كيف يبدو العالم من وجهة نظر العميل. ويتضمن هذا أكثر بكثير من القول «أعرف ماتعنى». ويحاول المعالج أن يستبدل إطاراً خارجياً للمراجعة - ناظراً للعميل من الخارج - مع إطار داخلى للمراجعة يتميز بالتقمص العاطفى، والفهم الانفعالى لما قد يكون العميل مفكراً فيه وشاعراً به. وينقل المعالجون التقمص العاطفى بإظهار أنهم يستمعون

بنشـاط العـمـيل، ويظهـرون إيمـاءات تقـديراً لما يقـوله العـمـيل، ويعطون إشـارات أخرى خاصة بانتباه حذر. كما أنهم يستـخدمـون إنعكاساً ملخصاً، معاد الصياغة لكلمات العميل وبصفة خاصة المشاعر والمعانى التى تبدو مـصـاحبـة لهم. ويُؤكـد الإنعكاس الاتصـال، ويُظهـر اهتـمـام المعالج، ويسـاعـد العـمـيل على الإدراك والتـركـيـز على الأفكار والمشـاعـر المعبر عنها .

ويستجيب معظم العملاء لانعكاس التقمص العاطفى بإتقان مشاعرهم. وبتبليغ الرغبة فى الاستمـاع والفـهم، فيمكن أن يساعد المعالج العـميل على إظهار مواد هامة بدون تقديم أسئلة غير متسقة. ويميل الاستماع الذى يتسم بالتقمص العاطفى أن يكون فعالاً جداً فى ترقية الفهم الذاتى والوعى إلى حد أنه يستـخـدم عبر مدى واسع من العلاجـات (Greenberg et al., 1993). وحتى خارج المجال الخاص بالعلاج، فإن الناس الذين يعتقدون أنه يسهل عليهم التحدث يكونوا فى العادة مستمعين جيدين Good Listenrs يعيدون إنعكاس الرسائل الهامة التى يسمعونها من الآخرين .

## التناغم: Congruence

يسمى أحياناً بالأصالة Cenuineness، ويشير التناغم إلى اتساق بين مشاعر وتصرفات المعالج. فحينما يكون الاحترام غير المشروط والتقمص العاطفى أصيلين، فإن العميل يكون قادراً على رؤية أن العلاقات يمكن أن تبنى على صراحة وأمانة. وعلى نحو مثالى، سوف تساعد هذه الخبرة العميل على أن يصبح أكثر تناغماً فى علاقات أخرى.

وسوف نعرض مقتطف يوضح الاتجاهات الثلاثة للمعالج :

العميل: ... أنا لاأستطيع أن أكون نوع الشخص الذى أريده. أظن أننى ربما لاأملك الشجاعة أو القوة لقتل نفسى وإذا شخص ما آخر سوف يعفينى من المسئولية أو يمكن أن تقع لى حادثة، أنا، أنا ... على وجه التحديد لاأريد أن أعيش.

المعالج: فى الوقت الحالى تبدو الأمور سيئة جداً لدرجة أنك لاتستطيع أن ترى جدوى الحياة. (لاحظ استخدام إنعكاس التقمص العاطفى وغياب أى نقد) .

العميل: نعم، أرغب أننى لم أبدأ أبداً هذا العلاج. كنت سعيداً حينما كنت أعيش فى عالم الأحلام الخاص بى. هناك إستطعت أن أكون نوع الشخص الذى أردته. ولكن الآن توجد مثل هذه الفجوة الواسعة بين ماأتمناه وبين ماأكونه بالفعل (لاحظ كيف يستجيب العميل لانعكاس التقمص العاطفى بإعطاء مزيد من المعلومات).

المعالج: إنه فى الحقيقة نضال صعب فيما يختص بالفجوة بين أحلامك وبين ماتكونه بالفعل (تقمص عاطفى) .

العميل: عالم أحلامى أو إنتحارى... ولهذا فإننى لاأرى سبباً فى أنى يجب أن أضيع وقتك - المجىء مرتين فى الأسبوع - إننى لاأستحق ذلك-ماذا تعتقد ؟

المعالج: هذا يرجع إليك... هذا لايضيع وقتى. إننى أكون مسروراً أن أراك كلما أتيت ولكنه يرجع إلى كيف تشعر بالنسبة إلى ذلك(لاحظ التناغم فى تقرير الرغبة الأمينة لرؤية العميل والاحترام الإيجابى غير المشروط فى الثقة بقدرته ومسئوليته بالنسبة للاختيار) .

العميل: أنت لن تقترح مجيىء مرات أكثر؟ أنت غير منزعج وتفكر فى أننى يجب أن أجىء كل يوم حتى أخرج من كل هذا ؟

المعالج: أعتقد أنك قادر على إتخاذ قرارك الخاص. سوف أراك كلما أردت أن تأتى (إحترام إيجابى) .

العميل: (لاحظ الرعب فى صوتى) لأعتقد أنك منزعج بالنسبة - أرى - قد أكون خائفاً من نفسى ولكنك لست خائفاً لأجلى، (هنا يخبر العميل ثقة المعالج فيه. فهو لن يقتل نفسه، بالمناسبة) (Rogers, 1951: 49).

## العلاج الجشطالتى: Gestalt therapy

ابتكر الشكل الآخر للعلاج الظاهراتى بواسطة فريدريك وبيرلس Frederick & Perls مع زوجته لورا . فلقد كان «بيرلس» متأثراً إلى حد كبير بعلم النفس الجشطالتى. حيث أكد علماء نفس الجشطالت فكرة أن الناس ينظمون بنشاط رأيهم عن العالم، وإعتقد «بيرلس» مايلى: (١) يخلق الناس رؤيتهم الخاصة عن الحقيقة، (٢) يستمر النمو النفسى الطبيعى للناس فقط طالما يدركون ويبقون على وعى ويعملون وفقاً لمشاعرهم الحقيقية ويرى «بيرلس» أن النمو يتوقف وتظهر الأعراض حينما يكون الناس غير واعين بكل نواحى أنفسهم (Peres et al., 1951).

ومثل العلاج المتمركز حول العميل، يسعى العلاج الجشطالتى إلى خلق حالات يمكن أن يصبح فيها العملاء أكثر توحداً، ووعياً بالذات، وقبولاً للذات، وهكذا، يكون العملاء مستعدين للنمو مرة ثانية. ومع ذلك، يستخدم المعالجون الجشطالتيون طرقاً أكثر مباشرة ومليئة بالحركة والشعور مما يفعل المعالجون الروجرزيون. وغالباً مايعملون فى محيطات جماعية، كما يحث المعالجون الجشطلتيون العملاء على أن يصبحوا واعين بالمشاعر والقوى الدافعة التى أنكروها، وأن ينبذوا المشاعر والأفكار والقيم التى ليست فى الحقيقة خاصة

بهم. على سبيل المثال، قد يبين المعالج أو أعضاء المجموعة الآخرين عدم الاتساق بين مايقوله العملاء وكيف يتصرفون. وقد يطلب المعالجون الجشطالتيون كذلك من العملاء أن ينغمسوا فى حوارات تخيلية مع الناس الآخرين بأجزاء من شخصياتهم الخاصة وحتى بأشياء. فمثلاً الشخص الخجول يستطيع أن ينفرد بنفسه وسط جماعة ما، ولكن فى عيد القديسين فإن العملاء غالباً مايجدون أن هذه الحوارات تساعد فى جعلهم على إتصال بالآخرين ويستطيعون التعبير عن مشاعرهم(Paivio & Greenberg, 1995).

## العلاج السلوكى

### Behavior Therapy

تفترض المجالات السيكودينامية والظاهراتية أنه إذا ماإكتسب العملاء استبصاراً أو وعياً ذاتياً عن مشاكلهم الأساسية، فإن الأعراض التى تُخلق بواسطة تلك المشاكل سوف تختفى. ويؤكد المعالجون السلوكيون نوعاً مختلفاً من الاستبصار أو الوعى الذاتى: إنهم يحاولون أن يساعدوا العملاء على رؤية المشاكل النفسية كسلوكيات متعلمة يمكن أن تتغير بدون بحث أولى عن معان مختبئة أو عمليات أساسية .

فعلى سبيل المثال، إفترض أن لديك نوبة هلع Panic attack كل مرة تغادر فيها المنزل وتجد راحة فقط عندما تعود للمنزل: وأن اختلاق اعتذارات عندما يدعوك أصدقائك للخارج يخفف قلقك مؤقتاً ولكنك لاتفعل شيئاً لحل المشكلة. فهل تستطيع أن تخفض خوفك بدون البحث عن معناه؟. فالعلاج السلوكى سوف يقدم على وجه التحديد مثل هذا البديل بمساعدتك أولاً على فهم مبادئ التعلم التى تزيد خوفك، وبعد ذلك تتعلم استجابات جديدة فى مواقف جديدة.

وتقـوم هذه الأهداف على المجـال السلوكى، التى ترى التـعلم باعـتـباره الأساس للشخصية السوية وكذلك لمعظم اضطرابات السلوك، حقاً فطبقاً لهذا المنظور، فإن السلوك والتفكير المضطربين هما مثالان للأفكار والتصرفات سيئة التكيف التى قد تعلمها العميل. على سبيل المثال، يعتقد المعالجون السلوكيون أن الخوف من الأماكن الواسعة والخوف من مغادرة المنزل والدخول إلى أماكن عامة مزدحمة ينمو من خلال ارتباطات يعملها العميل (بواسطة الاشـتـراط الكلاسيكى) بين البعد عن المنزل وحدوث نوبات الهلع. وتدعم المشكلة جزئياً من خلال الاشتراط الإجرائى: البقاء فى المنزل وتقديم إعتذارات عن القيام بهذا يكافئ بقلق منخفض. ويجادل المعالجون الذين يتبنون المجال السلوكى بأنه إذا إستطاعت خبرات التعلم خلق مشاكل، فإنها يمكن أن تساعد كذلك على تخفيف هذه المشاكل. وهكذا فنجد أنه إذا كان التعلم قد أدى إلى الرهابات Phobias والمشاكل الأخرى فى طفولة العميل، فإن المعالجين السلوكيين يركزون على حل هذه المشاكل بإستخدام مبادئ التعلم .

واستلهاماً بكتابات جون ب. واطسون J. B. Watson وإيفان بافلوف I.Pavlov وسكينر Skinner وزملائهم الذين درسوا التعلم خلال العشرينات والثلاثينيات من القرن العشرين، بدأ باحثون فى أواخر الخمسينات وأوائل الستينيات من القرن العشرين بتطبيق مبادئ الاشتراط الكلاسيكى والاشتراط الإجرائى والتعلم بالملاحظة لتغيير السلوك الإنسانى المضطرب (Thorpe & Olson, 1997). وبحلول عام ١٩٧٠م، أصبح العلاج السلوكى بديلاً مألوفاً للطرق السيكودينامية والظاهراتية.

وتشمل بعض الملامح الأكثر ملاحظة للعلاج السلوكى مايلى :

١ - تطوير العلاقة بين المعالج والعميل. وكما فى علاجات أخرى، تُعزز هذه العلاقة ثقة العملاء فى المعالج لدرجة أنه يمكن التغيير، وتجعل من السهل

لهم أن يتكلمـوا بحـرية ويتـعـاونوا فى العـلاج. فـفى واقع الأمــر يرى المعالجون السلوكيون تلك العلاقة كأمر أساسى لنجاح العلاج لأنها تقدم السياق الذى يحتل فيه التعلم الجديد جيد التوافق مكاناً (Cahill et al., 1998) .

٢ - التدوين الحذر (بعناية) للسلوكيات والأفكار المطلوب تغييرها يستبدل هذا التقييم أحياناً بدلاً من التشخيص الرسمى المستخدم فى مجالات علاج أخرى معينة. وهكذا، فبدلاً من علاج الاكتئاب أو الفصام، فإن المعـالجين السلوكـيين يعـملون على تغـيـيـر الأفكار والسلوكـيـات وردود الأفعال الإنفعالية التى تسبب تلقى الناس لهذه التحسينات .

٣ - أن المعالج الذى يتصرف كنوع من مدرس/ مساعد يقدم علاجات قائمة على التعلم، حيث يعطى مخصصات (واجب منزلى) يساعد العميل على عمل خطط معينة للتعامل مع المشاكل .

٤ - أن المراقبة والتقويم المستمران للعلاج بشكل متواز مع التوافق المستمر لأى إجراءات لاتبدو فعالة .

ويأخذ العـلاج السلوكى أشكالاً كـثيرة. فيوجد الاقـتران الذى يعتـمد أساساً على مبادئ الاشتراط الكلاسيكى، ويشار إليه عادة كعلاج سلوكى. أما طريقة الاشتراط الإجرائى، فتسمى عادة بتعديل السلوك. أما العلاج السلوكى الذى يعتمد على تغيير نماذج التفكير وكذلك السلوكيات الواضحة، فيسمى بالعلاج السلوكى المعرفى.

## تقنيات تعديل السلوك: Techniques for Modifying Behavior

إن بعض تقنيات العلاج السلوكي الأكثر أهمية والمستخدمة على نحو شائع هي التحصين المنهجي، والانطفاء، والاشتراط المنفر، والعقاب.

وفيما يلي سوف نلقي بعض الضوء على كل منها.

**التحصين المنهجي Systematic Desensitization** : غالباً مايستخدم العلاج السلوكي التحصين المنهجي لمساعدة العملاء على التعامل مع الرهابات والأشكال الأخرى من القلق غير المنطقي، وقد إبتكر هذا الأسلوب بواسطة جوزيف وولبي (Wolpe, 1982). والتحصين المنهجي هو طريقة يرى فيها العميل سلسلة من المثيرات التي تسبب القلق في حين يتم الإبقاء على حالة من الاسترخاء. وقد إعتقد «وولبي» أن هذه العملية تُضعف الارتباط المتعلم القلق والمثير الذي يسبب الخوف إلى حد أن الخوف قد يختفي .

وفي البداية رتب «وولبي» للعملاء أن يفعلوا شيئاً ماغير متسق مع كونهم خائفين. وغالباً ماإستخدم تدريباً على استرخاء تدريجي لمنع القلق. وبعد ذلك، أثناء الاسترخاء، يطلب من العميل أن يتخيل بنداً من مدرج القلق أو سياق من مواقف تثير الخوف. وسوف يعمل العميل خلال مدرج الحساسية على نحو تدريجي، متخيلاً منظراً أكثر صعوبة من الموقف السابق الذي مر بدون كرب. وقد وجد «وولبي» أنه بمجرد إستطاعة العملاء أن يتخيلوا بهدوء كونهم في مواقف مخيفة، فإنهم يكونوا قادرين على نحو أفضل للتعامل معها فيما بعد. وقد يكون التحصين المنهجي فعالاً بصفة خاصة إذا ماواجه العملاء فعلاً - أكثر من التخيل ببساطة - المثيرات التي تسبب الخوف في مدرج الخوف (Chambless, 1990) .

ولكن هذا التعرض للمثيرات الواقعية أو التحكم أثناء عرضها ليس سهلاً، وبصفة خاصة حينما يتضمن مثير الخوف السفر جواً أو بحراً أو

القيادة فى طريق عام. ومع ذلك، فحديثاً وُجد تكنيك يعرف باسم التعرض المتدرج لحقيقة واقعية. وفى هذا التكنيك قد يكون الأمر ممكناً لأن يخبر العملاء إلى أقصى حد صوراً ساطعة ومكثفة بشكل أكثر تدرجاً من مواقف مخيفة بدون التعرض لها واقعياً. ففى إحدى الدراسات، وقف عملاء مصابون برهاب الأماكن المرتفعة على رصيف محاط بسكة حديدية وهم يضعون على الرأس جهاز عرض بصرى. و قد أعطت الصور المقدمة على جهاز العرض ذى الحقيقة الواقعية إنطباعاً بالوقوف على قناطر فوق الماء كانت تتراوح من سبعة إلى ثمانين متراً، على شرفات فى الهواء الطلق بارتفاعات متزايدة، أو حاجز زجاجى إرتفع إلى تسعة وأربعين طابقاً (Rothbaum et al., 1995). وقد استخدمت نفس التكنيكات بنجاح فى علاج رهاب العنكبوت (Carlin et al., 1997).

وعلى نحو الدقة، فإن السبب فى نجاح الإكلينيكيين أن التغير يحدث بسبب عمليات تعلم أساسية – إما من خلال الاشتراط الكلاسيكى لاستجابات جديدة هادئة للمثير المسبب للخوف أو من خلال الإنطفاء، لأن الموضوع أو الموقف الذى قد كان مثيراً شرطياً للخوف يحدث بشكل متكرر بدون إستجابات مؤلمة (Rachman 1990). كما توجد تفسيرات أكثر حداثة تؤكد على أن التحصين المنهجى يغير كذلك عمليات معرفية للعملاء، تشمل توقعاتهم التى يمكن أن تتعامل بهدوء ونجاح مع المواقف المخيفة سابقاً (Kehoe & Macrae, 1998).

**النمذجة: Modeling** غالباً مايعلم المعالجون العملاء السلوكيات المرغوبة بإيضاح تلك السلوكيات. وفى النمذجة، يراقب العملاء الناس الآخرين الذين يؤدون سلوكيات مرغوبة، وبذلك يتعلمون بطريقة بديلة مهارات التعلم

بدون الدخول فى عملية تشكيل طويلة. ففى علاج الخوف، يمكن للنمذجة تعليم العميل كيف يستجيب دون خوف. على سبيل المثال ، يبين أحد المعالجين لطالبة تبلغ من العمر أربعة وعشرين عاماً مصابة بفوبيا العنكبوت كيف تقتله بأداة لطرد الذباب، وجعلها تمارس هذا القتل بالمنزل من خلال أداة مطاطية (Mc Donald & Bernstein, 1974). ويسمى إمتزاج النمذجة الحية مع الممارسة التدريجية، بالنمذجة المشاركة Participant Modeling، وهو أحد العلاجات الأكثر قوة للخوف .

والنمذجة هى كذلك جزء رئيسى من التدريب التوكيدى Assertiveness training والتدريب على المهارات الاجتماعية Social skills training ، التى تعلم العملاء كيفية التفاعل مع الناس بشكل أكثر راحة وفاعلية. وتتراوح أهداف التدريب على المهارات الاجتماعية من مساعدة طلاب الكليات المصابين بالرهابات الاجتماعية social phibias على عمل محادثة فى التواريخ وحتى إعادة بناء قدرة المرضى العقليين على التفاعل بطريقة سوية خارج المستشفى (Trower, 1995). وفى التدريب التوكيدى، يساعد المعالج العملاء على تعلم أن يكونوا أكثر مباشرة وتعبيراً فى المواقف الاجتماعية (لاحظ أن التوكيدية لاتعنى العدوانية، بل إنها تعنى التعبير بوضوح وبشكل مباشر عن كل من المشاعر الإيجابية والسلبية والدفاع عن حقوق الفرد مع إحترام حقوق الآخرين كذلك) (Alberti & Emmons, 1986) . وغالباً مايتم التدريب التوكيدى فى جماعات، ويتضمن كلاً من النمذجة ولعب دور خاص بمواقف معينة. وفى أحد البرامج ، قد ساعد التدريب التوكيدى مجموعة من الراشدين المربوطين فى كرسى متحرك على أن يكونوا أكثر راحة فى تناول مواقف صعبة اجتماعياً يجدون أنفسهم فيها أحياناً (Gleukauf & Quittner, 1992) .

**التدعيم الإيجابي: Postive Reinforcement** يستخدم المعالجون السلوكيون كذلك التدعيم الإيجابي المنهجي لتغيير السلوكيات المشكلة ولتعليم مهارات جديدة في حالات تتدرج من صدمات الطفولة وجناح الأحداث إلى الفصام. وتُستخدم مبادئ الاشتراط الإجرائي لتحديد احتمالات أو قواعد تحدد السلوكيات وتقويتها من خلال التدعيم. ففى إحدى الدراسات، أعطى أطفال توحديين Autistic Children لديهم بشكل نمطى لغة قليلة للغاية – عنب وفيشار أو بنود أخرى أحبوها فى مقابل قولهم «من فضلك»، «شكراً لك»، «مرحباً بك» وهم يتبادلون الأقلام والمكعبات مع معالج. وفى النهاية صاغ المعالج السلوك النموذجي بأن يقول الكلمات المناسبة. وبدأ الأطفال مباشرة يتمتموا العبارات تلقائياً. وتتضمن النتائج العامة للموقف لعباً أخرى؛ واستمرت المهارات الجديدة واضحة لمدة ستة شهور (Matson et al., 1990).

وبالنسبة للمتخلفين بشدة أو العملاء المضطربين والمودعين بالمؤسسات، يؤسس المعالجون السلوكيون أحياناً إقتصاداً رمزياً ونموذجاً لتدعيم سلوكيات مرغوبة برقائق البوكر Poker Chips وعملات أخرى يمكن استبدالها فيما بعد بوجبات خفيفة أو مكافآت مرغوبة أخرى (Paul & Lentz, 1977). والهدف من هذا هو تشكيل نماذج السلوك التى سوف تستمر خارج المؤسسة (Paul, 2000) .

**الانطفاء Extinction:** كما هو الحال تماماً فى إستخدام التدعيم للقيام بسلوكيات مرغوبة بشكل أكثر إحتمالاً فى الحدوث، فإن تقنيات سلوكية أخرى يمكن أن تجعل سلوكيات غير مرغوبة أقل إحتمالاً فى الحدوث. ففى الاشتراط الإجرائى، يكون الانطفاء هو بمثابة عملية سحب التدعيمات التى تلى عادة الاستجابة الخاصة. وإذا ماحدث أن توقف تماماً عن محادثة

شخص ماتليفونياً لأن خطه قد كان مشغولاً لساعات، فإنك تعرف كيف يعمل الانطفاء، حينما لايؤدى سلوك إلى الربح، فإن الناس عادة ماتتوقف عنه ويغير الانطفاء السلوك ببطء نوعاً ما، ولكنه قد كان طريقة مألوفة لمعالجة الأطفال والراشدين المضطربين بشدة أو المتخلفين لانه يقدم طريقة لاستئصال سلوكيات غير مرغوب فيها .

ويوجد تطبيق آخر للانطفاء من خلال الغمر Flooding، وهو إجراء يبقى بالناس فى موقف مخيف دون أذى، ويحرمهم من الهروب المكافئ عادة (Barlow, 1988) (يسمى الغمر والطرق المتعلقة القائمة على الانطفاء الخاص باستجابات خوف الإشتراط الكلاسيكى بتقنيات التعرض Exposure techniques). فحينما يبقى شخص معين فى إتصال بمثير شرطى يسبب الخوف (ضفدعة مثلاً) بدون أن يخبر الألم أو الإصابة، فإن قوة مثير الخوف الشرطى تختفى فى النهاية، وبالتالى تنطفئ إستجابة الخوف الشرطية. ففى إحدى الدراسات، أعطى العملاء شكات معتدلة للأصابع وحقن بدون أذى وأخذ عينات من الدم (Ost et al., 1992) . وبعد جلسة من ساعتين، تم أخذ عينة دم مسحوبة بدون خبرة قلق جوهرية لدى تسعة عشر من عشرين عميلاً. وظلت هذه التأثيرات عند التقويم لمدة سنة .

ومع أن طريقة الغمر هى طريقة فعالة بدرجة مرتفعة فى الغالب، إلا أن الغمر مكافئ لتعريض العميل الخائف بشكل مباشر للبند المجلب إلى أقصى درجة للأسى على مدرج التحصين المنهجي. ولذلك، فإن بعض المعالجين والعملاء يفضلون طرق تعرض أكثر تدرجية، وبصفة خاصة فى حالات الأماكن الواسعة والمشاكل الأخرى التى يكون فيها خوف العميل غير مركز على مثير معين (Hecker, & Thorpe, 1992) . ففى التعامل مع الخوف من الأماكن الواسعة

– على سبيل المثال – قد يقدم المعالج تعرضاً تدريجياً بمراقبة العميل بعيداً عن المنزل لفترات متزايدة وفى النهاية الغمر داخل الأسواق والأماكن الأخرى المتجنبة سابقاً (Zurcher - White, 1997) .

ويمكن أن يمارس العملاء بأنفسهم طرق تعرض بشكل تدريجي. ويمكن أن تقدم لهم تعليمات. على سبيل المثال، يمكن قضاء وقت أكثر قليلاً كل يوم وأنتم ناظرين إلى صور خاصة لبعض الحيوانات المخيفة أو قضاء بعض الوقت جالسين وحدكم فى حجرة إنتظار طبيب أسنان أو حجرة عمليات. وفى إحدى الدراسات، حقق عملاء يعانون من رهابات متنوعة تقدماً كثيراً بعد ست ساعات من التعليمات بطرق تعرض بشكل تدريجي وذاتى ومن خلال تدريبات (واجب منزلى) يومياً كما فعل أولئك الذين تلقوا تسع ساعات إضافية من تعرض تدريجى بمساعدة المعالج (Alkubaisy et al., 1992). وقد كان العلاج الذاتى الفعال الذى يستخدم تعرضاً تدريجياً مقرراً فى حالات من اضطراب الهلع (Hecker et al., 1996) واضطراب الوسواس القهرى (Fritzler et al., 1997) .

**الاشتراط المنفر Aversive Conditioning** : كثير من السلوكيات غير المرغوب فيها تكون معتادة وثابتة مؤقتاً لدرجة أنها يجب أن تكون أقل جاذبية إذا كان أمام العميل أية فرصة لبدائل تعليمية أخرى. وتعرف الطرق الخاصة بتقليل جانبية مثيرات معينة بالاشتراط المنفر، لأنها تستخدم مبادئ الاشتراط الكلاسيكى لربط الأسى البدنى أو النفسى بالسلوكيات وبالأفكار أو بالمواقف التى يرغب العميل فى إيقافها أو تجنبها .

وتسمى أحد أشكال الاشتراط المنفر بالتحصين الكامن Covert Sensitization ، التى تعمل بطريقة عكس التحصين المنهجى ويرى العميل

بداية المثير أو الموقف الذى يعمل بشكل أقل جانبية وبعد ذلك يتم تعريضه لمثيرات مرعبة أو باعثة على الاشمئزاز. على سبيل المثال، كان التحصين الكامن يستخدم لعلاج رجل قُبض عليه مراراً لعمل مكالمات تليفونية فاحشة. وعند تخيل عمل مكالمة فاحشة، سمع العميل وصفاً واضحاً لمخاوفه العظيمة: الثعابين، والقيء، والاختناق. وفى النهاية طلب منه أن يتخيل أمه تدخل عليه خلال مكالمة. وبعد شهر من العلاج لم يعد يستثار جنسياً عن طريق أفكار خاصة بعمل مكالمات فاحشة. وحتى بعد عامين لازال متوقفاً عن أية مكالمات فاحشة (Moergen et al., 1990) .

**العقاب Punishment**: أحياناً تكون الطريقة الوحيدة لاستئصال سلوك خطير أو غير متسق هى العقاب بمثير غير سار ولكنه مؤذياً، مثل الصياح (لا) أو صدمة كهربائية خفيفة. وعلى خلاف الاشتراط المنفر، الذى يُقدم فيه مثير غير سار يحدث متوازياً مع السلوك الذى نريد استئصاله (مجال الاشتراط الكلاسيكى). والعقاب هو أحد تقنيات الاشتراط الإجرائى، حيث يظهر المثير غير السار بعد أن تحدث الاستجابة غير المرغوب فيها (ورغم أن العقاب واضح تكنيكياً، إلا أن الطريقتين تتداخلان). وقبل أن يستخدم المعالجون السلوكيون العقاب (على سبيل المثال، صدمة كهربائية محتملة) مع عملاء خارج المؤسسات – أطفال أو راشدون مصابون – يجب أن يأخذوا فى الإعتبار خطوطاً إرشادية معينة قائمة على إعتبارات شرعية ومهنية. ومن هذه الاعتبارات مايلى: هل حياة العميل فى خطر بدون العلاج؟ هل فشلت جميع الطرق الأخرى؟ هل وافقت لجنة آداب المهنة على تلك الإجراءات بعد العرض عليها؟ وهل وافق العميل أو قريب وثيق له على العلاج؟ (Kazdin, 1994) .

## العلاج السلوكى المعرفى: Cognitive - Behavior Therapy

لقـد تبين للمـعـالجين السـيكوديناميـين والظاهريون أن نماذج التـفكيـر المُشكل قـد تؤدى إلى الاكـتـئـاب والغـضب أو القلق. وقـد تناول المعـالجـون السلوكيون – أيضاً – هذه النماذج الانفعالية باستخدام طرق معروفة جميعها باعتبـارها عـلاج سلوكى/ مـعرفى. وبإصطلاحـات بسـيطة، يسـاعـد العـلاج السلوكى/ المعرفى على تغيير الطريقة التى يفكرون بها وكذلك الطريقـة التى يسلكون بهـا، على سبل المثال، يعرف بعض العـمـلاء من قبل كيف يكونوا توكيديين Assertive من قبل فى المواقف الاجتماعية ولكنهم يحتاجون إلى تحديد الأفكار المعتـادة (مثل، يجب أن لاألفت الانتباه إلى نفسى) التى تعوق التعبير عن الذات. وبمجرد أن تأتى هذه العقبات المعرفية إلى الضوء، فإن المعالج يشجع العميل إلى محاولة إستخدام طرق جديدة خاصة بالتفكير. وقد يساعد المعالج العملاء على تعلم أن يقولوا أشياء لأنفسهم تعزز سلوكاً مرغوباً فيه وتمنع الانتكاسة إلى سلوك غير مرغوب فيه (Meichenbaum, 1995).

## العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى:

## Rational - Emotive Behavior Therapy

إن أحد الأشكال البارزة للعلاج السلوكى المعرفى هو العلاج السلوكى العقلانى/ المعرفى، الذى إبتكر بواسطة ألبرت إليس (Ellis, 1962, 1993, 1995) . ويسمى أصلاً بالعلاج العقلانى/الانفعالى، ويقوم هذا الأسلوب من العلاج على مبدأ أن كلاً من القلق والشعور بالذنب والاكتئاب والمشاكل النفسية الأخرى تتسبب من خلال كيفية تفكير الناس الخاصة بالأحداث. ويهدف

أسلوب «إليس» في العـــلاج بداية إلى تحـــديد أفكار إنهـــزام الذات Self - defeating ، مثل «يجب أن أكون كفؤاً إلى حد الكمال، وافياً بالمراد، وساعياً إلى أن أكون ذا شأن». وبعد أن يتعلم العميل تبين أفكار مثل هذه ويرى كيف أنها تسبب المشاكل، فإن المعالج يستخدم النمذجة، والتشجيع، والمنطق لمساعدة العميل على إستبدال هذه الأفكار بأفكار أكثر واقعية ونفعاً.

وفيما يلى سنقدم جزءاً من جلسة علاج عقلانى/ إنفعالى مع إمرأة تبلغ من العمر تسعة وثلاثين عاماً عانت من نوبات هلع. ولقد قالت «أنه سيكون مرعباً إذا ماوقعت لها نوبة فى مطعم وأن الناس لابد أن يكونوا قادرين على ضبط أنفسهم» .

المعالج: ... الحقيقة أن الوجوب Shoulds والضرورة Musts هى القواعد التى يقدمها الناس لنا، ونحن ننمو قابلين لها كما لو كانت الحق المطلق، وهى بالتأكيد ليست كذلك .

العميل: هل تعنى الخير بشكل كامل لى، هل تعرف الإغماء فى المطعم؟

المعالج: بالتأكيد !

العميل: ولكن.. أنا أعرف أننى لاأريدها أن تحدث .

المعالج: أستطيع أن أفهم ذلك بالتأكيد. بالتأكيد، سيكون ذلك غير سارة ومربك، وغير ملائم. ولكنه غير منطقى الاعتقاد بأنه سيكون مرعباً، أو ... أنه نوع مايؤثر فى قيمتك كإنسانة .

العميل: ماذا تعنى؟

المعالج: حسناً: إفترض أن أحد أصدقائك إتصل بك تليفونياً ودعاك للعودة إلى ذلك المطعم. إذا بدأت فى الحديث إلى نفسك، «أنا قد يصيبنى الذعر والإغماء وقد يسخر منى الناس وذلك سيكون مرعباً». .. وقد تجدى

نفسك مـرتعبـة من الذهاب إلى المطعم، ومن المحـتمل أنك لن تتمـتعي بالوجبة كثيراً جداً .

العميل: حسناً، ذلك هو مايحدث عادة .

المعـالج: ولكن ليس من الضـروري أن يكون ذلك.. إن الطريقـة التي تشـعرين بهـا، رد فعلك... يعتمد على ماتختارين أن تعتقديه أو تفكرين به، أو تحدثي به نفسك (Masters et al., 1987) .

ويستخدم المعالجون السلوكيون المعرفيون تقنيات كثيرة متعلقة بالعلاج السلوكـي العقلاني/ الانفعالي لمساعدة العمـلاء على تعلم التـفكير والسلوك بطرق أكثر تكيفاً. وتهدف التقنيات السلوكيّة إلى إستبدال الأفكار المضطربة بنماذج تفكير بديلة وكانت تسمى تلك التقنيات أصلاً بإعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring (Lazarus, 1971) . وباستخدام تلك التقنيات، يخطط العمـلاء أفكاراً هادئة يمكن أن تستخدم خلال الامتحانات، والمناقشات المتوترة، والمواقف الأخرى التي تستثير القلق. ويمكن أن تأخذ الأفكار الهادئة شكلاً مثل «حسناً، إبقى هادئاً، أنت تستطيع تناول هذا إذا ماركزت تماماً على المهمة ولم تنزعج بخصوص كماليتك» (Meichenbaum, 1977) . وفي بعض الأحيان تمتد الطرق إلى التدريب على مواجـهة الضغوط، حيث يتخيل فيه العملاء كونهم في موقف ضاغط، ثم يمارسوا مهارات معرفية متعلمة حديثاً ليظلوا هادئين (Meichenbaum, 1995) .

**العـلاج المعرفي لبيك Beck's Cognitive therapy**: إنـه في الحالات التي تتضمن الاكتئاب واضطرابات القلق، غالباً مايستخدم المعالجون السلوكيون علاج «أرون بيك» المعرفي، الذي يستلزم نمطاً آخراً من إعادة البناء المعرفي (Beck & Weishaar, 1995, Beck, 1976, 1995). ويبنى «بيك»

مجاله على فكرة أن النماذج المعرفية السلبية تُدعم عن طريق الأخطاء فى الإعتقادات المنطقية والخاطئة، مثل «لاأستطيع عمل أى شىء صائب»، أو عن طريق الأفكار التى تقلل إلى أدنى حد قيمة إنجازات الفرد، مثل «أى فرد يمكن أن يفعل ذلك»، وتؤدى مثل هذه الأفكار والمعتقدات إلى تقدير ذات منخفض واكتئاب وقلق .

والعلاج المعرفى هو مجال منظم لحل المشكلة التى يساعد فيها العملاء على ملاحظة أن أفكاراً سلبية معينة تسبق القلق والاكتئاب. ونشير هنا إلى أن تلك الأفكار والمعتقدات تعتبر بمثابة فروض يتم إختبارها أكثر من قبولها على نحو قاطع. وطبقا لذلك، فإن المعالج والعميل يأخذان دور «الفاحص» وينميان طرقاً لاختبار المعتقدات، مثل «لاأستطيع إطلاقا عمل أى شىء صحيح». على سبيل المثال، قد يوافقان على مهام يقوم بها العميل باعتبارها «عمل منزلى»، مثل إكمال مشروع منزلى متأخر أو مقابلة جار جديد. ويقدم النجاح فى إكمال هذه المهام دليلاً ملموساً يسمح للعميل بتحدى المعتقدات الخاطئة التى تسبب القلق والاكتئاب ومن ثم المساعدة على تخفيف هذه المشاكل (Beck et al., 1979, 1992) .

ومع ذلك، فإن أفكاراً معينة لأشخاص مكتئبين قد لاتكون خاطئة، فقد يكون الاكتئاب مرتبطاً بأسلوب معرفى عام يعزو فيه الناس الأحداث السلبية لعجز عام ودائم خاص بهم، أكثر من القول، حظ سىء أو نقص مؤقت فى المجهود (Peterson, 1995). وطبقا لذلك، فإن المعالجين السلوكيين/ المعرفيين يساعدون – أيضا – العملاء المكتئبين على تنمية طرق أكثر تفاؤلية فى التفكير وخفض ميولهم للوم أنفسهم بسبب نتائج سلبية (Jacobso & Hollon, 1996) .

## العلاج الجمعى، الأسرى، الخاص بالازدواج

## Group, Family, and Couples Therapy

بالرغم من أن العلاج النفسى غالباً مايجرى مع أفراد، فإنه يمكن أن يجرى – أيضاً– مع مجموعات من العملاء أو مع أفراد الأسرة. ويشير العلاج الجمعى إلى علاج متزامن خاص بعملاء عديدين تحت إرشاد معالج يحاول أن يسهل التفاعلات المساندة بين أعضاء المجموعة. ويمكن توظيف العلاجات السيكودينامية والظاهراتية والسلوكية جميعها للاستخدام فى جماعات. وتنتظم كثير من الجماعات حول نمط واحد من المشاكل (مثل، إدمان الكحول) أو نمط واحد من العملاء (مثل، المراهقين).

وفى معظم الحالات يتقابل ستة إلى اثنتى عشر عميلاً مع المعالج مرة على الأقل كل أسبوع لمدة عامين. ويجب أن يوافق جميع أعضاء المجموعة على سرية كل شىء يحدث خلال الجلسات الجماعية .

ويقدم العلاج الجمعى ملامحاً عديدة غير موجودة فى العلاج الفردى (Fuhriman & Burlingame, 1995' Yalom, 1995). وتتمثل تلك الملامح فى الآتى:

**أولاً:** يسمح العلاج الجمعى للمعالج بملاحظة العملاء وهم يتفاعلون مع بعضهم.

**ثانياً:** غالباً مايشعر العملاء بأنهم أقل وحدة وهم يستمعون إلى غيرهم، ويتبينوا أن أفراداً كثيرين يناضلون مع صعوبات بنفس شدة صعوباتهم على الأقل، ويميل هذا الإدراك إلى زيادة توقعات كل عميل فى التحسن، وهذا عامل هام فى كل أشكال العلاج .

**ثالثاً:** يمكن لأعضاء المجموعة أن يدعموا الثقة الذاتية والقبول الذاتى لبعضهم من خلال الثقة والتقدير المتبادل بينهم، وهذا فى حد ذاته ينمى تماسك المجموعة .

رابعاً: يتعلم العملاء من بعضهم البعض، ويشاركون الأفكار الخاصة بحل المشاكل ويعطون بعضهم تغذية راجعة Honest Feedback عن كيفية تأثر الأعضاء .

خامساً: ربما عن طريق تقليد نماذج مشتركة، فإن خبرة المجموعة تجعل العملاء أكثر رضاً لمشاركة مشاعرهم وأكثر حساسية لإحتياجات الناس الآخرين ودوافعهم ورسائلهم .

سادساً: وفي النهاية، يسمح العلاج الجمعي للعملاء بأن يحاولوا تعلم مهارات جديدة في بيئة مدعمة .

وتتمثل مميزات العلاج الجمعي في مساعدة الذات، أو المساعدة المشتركة، والمؤسسات، وجماعات مساعدة الذات، مثل مدمنو الكحول مجهولوا الاسم (AA) ، وتتكون من أشخاص يشتركون في خبرة مشكلة معينة ويتاقبلون لمساعدة أحدهم الآخر (Zinmermn et al., 1991). وتوجد جماعات مساعدة الذات لسلسلة واسعة من المشاكل، تشمل إدمان الكحول والعقاقير، والتعسف الجنسي في الطفولة، والسرطان، والإفراط في الأكل، والمقامرة القهرية، والفصام. وقد تمت حركة مساعدة الذات واسعة الإنتشار خلال العقدين الآخرين في القرن العشرين (Kurtz, 1997). وجزئياً لأن أفراداً كثيرين مضطربين يمكن أن يسعوا نوعاً ما للمساعدة من الأصدقاء، والمدرسين، أو مساعدين آخرين «غير رسميين» قبل التحول إلى ممارس الصحة النفسية. وذلك لأن بعض الناس لم يرضيهم العلاج المهني. وتعمل عشرات من مؤسسات مساعدة الذات من خلال مئات من آلاف المؤسسات المحلية، تلحق حوالي ١٠ أو ١٥ مليون مشارك في الولايات المتحدة وحوالي ١/٢ مليون في كندا (Gottlieb & Peters, 1991; Jacobs & Goodman, 1989) .

ونشير هنا إلى أن نقص البيانات الموثوق فيها يجعل من الصعب تقدير قيمة جماعات مساعدة الذات الكثيرة، ولكن توحى المعلومات المتاحة بأن الأعضاء النشيطون قد يحصلون على مساعدة معتدلة فى حياتهم (Morganstern et al., 1997). وينظر بعض المعالجين إلى هذه الجماعات كمتناغمة مع العلاجات التى يقدموها ويحثون العملاء على المشاركة فى جماعات مساعدة الذات كجزء من علاجهم (Zweben,1996) وهذا أمر حقيقى بالنسبة للعملاء ذوى مشاكل مثل اضطرابات الأكل، وإدمان الكحول، واضطرابات سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً .

وكما يلمح إليه اسمه العلاج **الأسرى** فهو علاج لفردين أو أكثر من نفس نظام الأسرة، أحدهما – فى الغالب مراهق أو طفل مضطرب – هو العميل المحدد مبدئياً. ويلقى الاصطلاح نظام الأسرة Family System الضوء على فكرة أن المشاكل المعروضة بواسطة أحد أعضاء الأسرة غالباً ماتعكس مشاكلاً فى الأداء الأسرى الكلى (Clarkin & Carpenter, 1995). ويمكن رؤية هذا الاعتماد المتبادل فى الأنظمة الأسرية. على سبيل المثال، عندما يكون لشفاء عضو من الأسرة من اضطراب تأثير متنوع على الصحة النفسية لعضو آخر فى الأسرة. ففى إحدى الحالات، قد جاء شفاء إمرأة من اكتئاب شديد بعد انتحار زوجها بفترة قصيرة. واستنتج معالج الأسرة أن الثبات النفسى لهذا الرجل – ودوره فى الأسرة – قد إعتمد على أن تكون له زوجة مريضة. وتذكر مثل هذه الحالات المعالجين بأن علاج فرد فى عزلة من النظام الأسرى يمكن أن يكون مدعاة لمشكلة، وأحياناً مصحوباً بكارثة (Nichols & Schwartz, 1991) .

وفى النهاية، تصبح الأسرة هى العميل، ويتضمن العلاج أعضاء كثيرين بقدر الإمكان. وفى الحقيقة، ليس هدف العلاج الأسرى مجرد تخفيف مشاكل

عميل معين ولكن خلق تناغم وتوازن فى نطاق الأسرة بمساعدة كل عضو على أن يفهم نماذج تفاعل الأسرة والمشاكل التى تخلقها (Goldenberg & Goldenberg, 1995). وكما هو الحال فى العلاج الجمعى، فإن شكل العائلة يعطى المعالج رأياً ممتازاً عن كيف أن العميل المحدد بداية يتفاعل مع الآخرين، ومن ثم تقديم مساحة عامة لمناقشة قضايا هامة.

وقد تم تأسيس العلاج الأسرى ليلائم مجالات نظرية كثيرة. على سبيل المثال، يبين المعالجون الذين يؤكدون على نظرية العلاقات بالموضوع أنه إذا لم ينجح الوالدان فى حل الصراعات مع والديهم، فإن هذه الصراعات سوف تظهر على السطح مع أقرانهم وأطفالهم. وطبقاً لذلك، فإن جلسات العلاج الأسرى يجب أن تركز على مشاكل الوالدين مع والديهم، وكلما أمكن أن تشتمل أعضاء الجيل الأكبر، كلما كان ذلك أفضل (Nugent, 1994) . ويوجد مجال آخر يُسمى العلاج الأسرى البنائى Structural family therapy: الذى يركز على نماذج التواصل الأسرى (Minuchin & Fishman, 1981) وهو يركز على تغيير النماذج والطقوس الجامدة التى تخلق تحالفات (مثل، تحالف الأم والطفل ضد الأب)، والتى تعجل الصراع وتمنع تواصل الحب والمساندة، وحتى الغضب. ويقترح معالجو الأسرة البنائيون أنه عندما تُستأصل نماذج التواصل المختلة وظيفياً، فإن السلوكيات المشكلة تنتقص لأنها لم تعد ضرورية للبقاء فى النظام الأسرى .

ويستخدم المعالجون السلوكيون جلسات العلاج الأسرى كمقابلات عندما يمكن أن يتناقش أعضاء الأسرة ويوافقون على إتفاقيات سلوكية Behavioral Contracts. وإذا قامت على مبادئ الاشتراط الإجرائى فإن هذه الاتفاقيات تؤسس القواعد وإحتمالات التدعيم التى تساعد الوالدين على

تشجيع سلوكيات أطفالهم المرغوب فيها (إحباط السلوكيات غير المرغوب فيها) وتساعد الأقران على أن يصبحوا أكثر تدعيماً كلاً منهما للآخر (O' Farrell, 1995).

كما يقدم المعالجون ذوو الآراء النظرية الكثيرة علاجاً للأزواج Couples therapy ، يكون التواصل بين الشركاء هو المحور الأعظم أهمية للعلاج (Cordova & Jacobson, 1993) . وغالباً ماتدور الجلسات حول التعلم الخاص بالالتزام بقواعد المحادثة Rules for talking. كما قد إبتكر المعالجون السلوكيون برنامجاً، يسمى التدخل السلوكى قبل الزواج Behavioral premarital intervention، وذلك البرنامج مصمم لمساعدة الشخصين المخطوبين على منع المشاكل الزواجية قبل أن يبدأ الزواج ويعدونهما للتعامل بفاعلية مع المشاكل التى قد تنشأ (Sullivan & Bradbury, 1996).

## وتلخيصاً لما سبق:

أسُس العلاج النفسى لعلاج الاضطرابات النفسية. وقد تم تناول الملامح الأساسية للعلاج النفسى المتمثلة فى وجود عميل لديه مشكلة ومعالج يحاول مساعدة هذا العميل فى حل مشكلته، كما أنه لابد من إقامة علاقة يتخللها الاحترام والود بين العميل والمعالج، وأن المرضى يمكن تقسيمهم إلى نوعين، هما: مرضى داخليين يتلقون العلاج فى المستشفيات، ومرضى خارجيين يترددون على المستشفيات. أما بالنسبة للفريق العلاجي، فيتكون من الطبيب النفسى والأخصائى الاجتماعي والممرضات وبعض رجال الدين. ويعتبر الهدف العام للفريق العلاجى هو مساعدة الأفراد المضطربين على تغيير أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم من خلال عدة طرق للعلاج تتمثل فى الآتى:

**العلاج السيكوديناميMي:** ويهدف إلى النضج النفسي الجنسي عن طريق الاستبصار وتقوية وظائف الأنا. ويستخدم فيه طريقة التداعي الحر، وتحليل الأحلام، وتحليل الطرح. وهذا بالنسبة للعلاج السيكودينامي الكلاسيكي، أما العلاج السيكودينامي المعاصر، فيهدف إلى تصحيح تأثيرات الفشل الخاصة بتعلقات مبكرة، وتطوير علاقات حميمة تبعث على الرضا. ويستخدم فيه تحليل الطرح والطرح المضاد.

**العلاج الظاهراتي:** ويسمى بالعلاج الإنساني، ويهدف إلى تحقيق القوة والوعي الممتد وتقبل الذات. ويستخدم في ذلك المقابلات الموجهة للانعكاس والمصممة لنقل الاحترام الإيجابي غير المشروط، والتقمص العاطفي، والتناغم، والتدريبات لتنمية الوعي بالذات .

**العلاج السلوكي:** ويهدف إلى تغيير التفكير والسلوك في فئات معينة من المواقف، وتنظيم الذات بشكل أفضل. ويستخدم في ذلك التحصين المنهجي، والنمذجة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدعيم الإيجابي، والاشتراط المنفر، والعقاب، والانطفاء، وإعادة البناء المعرفي.

وبعد الانتهاء من عرض طرق العلاج النفسي الأساسية وتقويمها، يبقى لنا أن نلقي بعض الضوء على أمور هامة في العلاج النفسي، تتمثل في العوامل الثقافية في العلاج النفسي، والقواعد والحقوق في العلاقة العلاجية .

## طبيعة الخدمات النفسية العلاجية :

لايُوصف في العلاج النفسي بسهولة لأنه يتغير بشدة إعتماداً على المعالج والمشاكل الخاصة التي يقدمها العميل. وتوجد غالباً مجموعة متنوعة من المجالات التي يمكن أن يستفاد منها للتعامل مع المشكلة (المشاكل) التي

أحضرتك للعلاج. وبصفة عامة تختلف هذه الخدمات عن أى خدمات تتلقاها من طبيب من حيث أنها تتطلب منك مشاركة وتعاون نشطين .

والعلاج النفسي له كل من الفوائد والمخاطر. وقد تشمل المخاطر الممكنة خبرة المشاعر غير المريحة (مثل الحزن، الذنب، القلق، الغضب، الإحباط، العزلة، أو اليأس) أو التذكر الخاص بأحداث غير سارة فى حياتك. وتشمل هذه الفوائد الممكنة تخفيض دال فى مشاعر الأسى، والعلاقات الطيبة، وحل أفضل للمشاكل ومهارات المواجهة، وحل مشاكل معينة. وإذا ماأخذنا فى الاعتبار طبيعة العلاج النفسي، فإنه من الصعب التنبؤ بما سوف يحدث بدقة، ولكن معالجك سوف يبذل أقصى جهده للتأكد من أنك ستكون قادراً على تناول المخاطر وبعض الفوائد على الأقل. ومع ذلك، يبقى العلاج النفسى علماً غير صارم ولايستطيع أن يقدم ضمانات بخصوص النتائج .

## الإجـراءات :

عادة يبدأ العلاج النفسى بتقويم، فالممارسة الحقيقية فى مركز الخدمات النفسية (PSC) هى القيام بتقويم يستمر من ٢ – ٤ جلسات ويبدأ هذا التقويم بموعد غربلة ويُتبع بمقابلة لأخذ المعلومات (قد تستمر من ١ – ٣ جلسات) وخلال التقويم، يجب أخذ قرارات عديدة: على المعالج أن يقرر إذا ماكان لدى مراكز الخدمات النفسية الخدمات التى يحتاج إليها لعلاج مشكلتك (مشاكلك) المقدمة، وأنت باعتبارك العميل فعليك أن تقرر إذا كنت مستريحاً مع المعالج الذى قد كان مخصصاً لك، وعلى كل منكما – أنت والمعالج المخصص– أن تقررا أهدافكما بالنسبة للعلاج وكيف تحققانها على أفضل وجه .

وبكلمات أخرى، فبنهاية التقويم، سوف يقدم لك معالجك انطباعات أولية عن ماسوف يتضمنه العلاج، إذا ماقررت الاستمرار. وبصفة عامة، يتضمن العلاج إلتزاماً كبيراً بالوقت والمال والطاقة، ولذلك فإنه من حقك أن تكون دقيقاً بالنسبة للمعالج الذى تنتقيه، وإذا كانت لديك أسئلة عن أى من إجراءات مركز الخدمة النفسية أو المعالج الذى خُصص لك، فاشعر بالحرية لمناقشة تلك الأسئلة بصراحة مع المعالج. وإذا كانت لديك شكوك عن مركز الخدمة النفسية أو معالجك المخصص، فسوف نكون سعداء فى مساعدتك على تحديد موعد مع مهنى آخر للصحة النفسية .

وإذا ماقررت أن تسعى إلى خدمات فى مركز الخدمة النفسية، فإن معالجك سوف يجدول عادة جلسة من ٥٠ دقيقة كل أسبوع فى زمن يتم الاتفاق عليه بشكل مشترك (وفى ظروف خاصة قد تكون الجلسات أطول أو أكثر تكراراً). وسوف يُحجز هذا الموعد لك على أساس منتظم ويعتبر موعداً مباشراً (أى، إذا لم تحضره أسبوعاً ما، فإنه لايزال مخصصاً لك فى نفس الوقت فى الأسبوع التالى). ومن الصعب التنبؤ بفترة العلاج النفسى (أسابيع أو شهور). ولكن هذا الأمر، سوف يناقشه معالجك معك حينما تشارك فى خطة العلاج المبدئية بعد إكمال التقويم .

## موضوعات متعلقة بأتعاب العلاج :

يعتمد تحديد تكلفة العلاج على دخل العميل ومتطلبات المعالج، وبالإضافة إلى الوضع من أجل المواعيد الأسبوعية،فإن العميل يتحمل مصاريفاً خاصة لخدمات مهنية أخرى تحدث (مثل محادثات تليفونية تستمر أطول من عشر دقائق،مقابلات أو استشارات قام العميل بطلبها مع مهنيين آخرين.. إلخ). وفى

ظروف غير عادية، قد تصبح منغمساً فى دعوى قضائية حيثما تطلب مشاركة معالجك (أو مشرفة). ومن المتوقع منك أن تدفع مقابل هذا الوقت المهنى المطلوب حتى إذا كان معالجك مجبر على الشهادة بواسطة طرف ثالث. كما نتوقع منك أن تدفع مقابل كل جلسة فى وقت إنعقادها، مالم توافق أنت ومعالجك على غير ذلك. وسوف تتم الموافقة على قوائم الدفع للخدمات المهنية الأخرى فى وقت طلب هذه الخدمات. وفى ظروف الصعوبة المالية غير العادية، قد تتفاوض على خطة توفيق الأتعاب أو الدفع بالتقسيط مع المعالج المخصص لك. وبمجرد جدولة ساعة موعدك المحددة، سيتوقع منك أن تدفع مقابلها (حتى) إذا أخطأتها أو لم تحضرها مالم تقدم إشعار إلغاء قبل حلولها بأربعة وعشرين ساعة .

ولمساعدة معالجك على تحديد أهداف وأولويات علاجية واقعية، فإنه من المهم تقويم الموارد المتاحة للدفع مقابل علاجك. وإذا كان لديك بوليصة تأمين، فإنها سوف تقدم عادة بعض الغطاء للعلاج الصحى النفسى عند تقديم مثل هذا العلاج بواسطة مهنى مرخص.

## العوامل الثقافية فى العلاج النفسى :

تخيل أنه بعد الإنتقال إلى دولة غير مألوفة لمتابعة تعليمك أو مهنتك، تصبح مكتئباً بشدة. ويوجد صديق لك هناك يحيلك إلى معالج متخصص فى مثل هذه المشاكل. وخلال جلستك الأولى يحملق المعالج فيك بشكل مقصود. يلمس رأسك لمدة لحظات، ويقول «لقد دخلت فيك روح شريرة من النهر وتحاول أن تخرج. إننى سوف أقدم مساعدة». ويبدأ المعالج فى الغناء بهدوء ويبدو أنه يدخل فى غشية. فماذا يمكن أن تظن أو تعتقد؟إذا كنت مثل معظم الناس

الذين نشأوا فى ثقافة غربية فمن المحتمل أنك لن تستمر فى العلاج، لأن هذا المعالج يحتمل أنه لايشاركك اعتقاداتك وتوقعاتك عن ماهو خاطئ بك وعن مايجب أن يفعل بالنسبة إليه .

كما يمكن أن تحدث تصادمات ثقافية اجتماعية مماثلة فى نطاق دولة واحدة إذا ماأحضر عملاء إلى العلاج خلفية ثقافية أو ثقافية فرعية أو رأى عالمى لايشترك فيه المعالج. على سبيل المثال، إذا مازعم معالج أن ألماً فى المعدة غير مفسر يعانى منه العميل هو رد فعل متعلم لضغط ولكن العميل متأكداً أنه يأتى كعقاب لأنه أهان أحد أقربائه الذى توفى منذ فترة زمنية بعيدة فإن المعالج لن يقبل بسهولة العلاج القائم على مبادئ إدارة الضغوط.ففى الولايات المتحدة الأمريكية توجد تصادمات ثقافية جديرة باللوم بسبب قلة الاستخدام أو الانسحاب من خدمات الصحة النفسية بواسطة مهاجرين جدد، وكذلك بواسطة أمريكيين من أصل أفريقى أو من أصل أسيوى أو من أصل أسبانى أو أعضاء من مجتمعات أخرى أقلية. وغالباً ماتكمن المشكلة فى أهداف تتزاوج بشكل غير ملائم. فالمعالج الذى يعتقد أن فرداً ما يجب أن يواجه ويتغلب على مشاكل الحياة، قد يواجه أيضاً عميلاً يعتقد أن عليه أن يعمل بهدوء عند قبول مثل هذه المشاكل.

وقد تكون النتيجة إلى حد كبير مثل شخصين يغنيان لحن ثنائى، فيستخدمان نفس الموسيقى ولكن كلمات الأغنية مختلفة.

وننـوه هنا إلى المجهودات العظمى تحت التنفيذ لضمان أن الفروق الثقافية بين العملاء والمعالجين لاتعوق تقديم العلاج لأى فرد يريده أو يحتاجه. وفى الحقيقة، يسعى كل برنامج تدريب للصحة النفسية فى أمريكا

الشمالية إلى تجنيد مزيد من الطلاب من جماعات أقلية تحت الكفاية لكى يجعل من الأسهل مضاهاة العملاء بالمعالجين من خلفيات ثقافية مماثلة (أنظر مثلاً: (Hammond & Yung, 1993' Sleek, 1999.

ولازال فى معظم الحالات، يواجه عملاء جماعات الأقلية معالجاً من خلفية ثقافية مختلفة، ولذلك فإن الباحثين يفحصون - أيضاً- قيمة مضاهاة التقنيات العلاجية بتوقعات وتفضيلات مؤسسة ثقافياً للعملاء (Preciado, 1994; Hays, 1995) . على سبيل المثال، قد يتوقع كثير من العملاء من ثقافات جماعات - يكون التأكيد فيها على رغبات شخصية مخضعة لتوقعات الأسرة والأصدقاء - تلقى تعليمات معينة من معالج عن كيفية التغلب على المشاكل. فكيف يمكن لمثل هؤلاء العملاء أن يستجيبوا لمعالج يؤكد علاجه المتمركز حول العميل على مثل هذه الأهداف الفردية باعتبارها مستقلة ويتحمل المسئولية لإدارة التغير؟.. وقد فحص «دافيد سو» وطلابه (Sue, 1992) الفرض بأن القيم الجمعية لثقافات أسيوية يمكن أن تقود الأسيويين والأمريكيين من أصل أسيوى إلى تفضيل مجال حل المشكلات التوجيهى بدلاً من الطرق المتمركزة حول العميل بشكل غير مباشر.. ووجدوا أن تفضيل العلاج التوجيهى كان أعلى لدى الأسيويين ذوى المولد الأجنبى مقارنة بالأسيويين ذوى المولد الأمريكى أو الأمريكيين من أصل أوربى. ومع ذلك توجد دائماً فروق فردية، فقد يتفاعل عميلان من نفس الثقافة بشكل مختلف تماماً لعلاج - يقترح بحث جمعى- أنه قد يكون مثالياً لكل منهما. وفى دراسة «سو» (١٩٩٢)، على سبيل المثال، أكثر من ثلث الأسيويين المولودين بالخارج فضلوا العلاج غير التوجيهى Nondirective therapy، ٢٨٪ من الأمريكيين ذوى أصل أوربى قد فضلوا العلاج التوجيهى .

واليوم، أصبح المعالجون النفسيون أكثر حساسية عما كانوا من قبل للقيم الثقافية الخاصة بجماعات معينة والفارق الدقيق الخاص بالتواصل الثقافى المتبادل .

وفى الحقيقة إن بعض ولايات أمريكا أو الدول الأخرى تتطلب - الآن - أخصائيين نفسيين يكملون المناهج الخاصة بدور العوامل الثقافية فى العلاج قبل منحهم رخصة العلاج. وتساعد هذه المناهج الخاصة بدور العوامل الثقافية فى العلاج قبل منحهم رخصة العلاج. وتساعد هذه المناهج أو التدريبات الإكلينيكيين على تقدير المواقف لدى العميل (على سبيل المثال، يعتبر من غير الأدب أو الأخلاق فى بعض الثقافات أن تقوم باتصال بصرى مع شخص غريب، ومن ثم، فإن العملاء من هذه الثقافات ليسوا مكتئبين بالضرورة، أو ينقصهم تقدير الذات، أو غير مراعين لإحترام الآخرين لمجرد أنهم ينظرون بعينهم فى الأرض خلال المقابلة. ويحصل الطلاب قبل التخرج على تدريب مماثل وخبرة عملية كجزء من عملهم التخصصى فى علم النفس الإكلينيكى أو الإرشادى .

ويقترح البحث مع هؤلاء الطلاب أن التدريب يزيد حساسيتهم للعوامل الثقافية فى العلاج ولكنه لايزيد بالضرورى إتقانهم للعمل الواقع مع أعضاء أقليات عرقية. ومع ذلك فإن التدريب على الحساسية الثقافية يساعد المعالجين على تقدير رأى العميل الخاص بالعالم وبذلك تتحدد الأهداف التى تكون فى تناغم مع ذلك الرأى. ويعتبر تقليل الفجوة إلى أدنى حد - الخاصة بسوء الفهم الثقافى وسوء التواصل - هو أحد الالتزامات الكثيرة التى يزعمها المعالجون كلما عملوا مع عميل .

## القواعد والحقوق فى العلاقة العلاجية :

يمكن أن يكون العلاج خبـرة إنفعاليـة مكثفـة، ويمكن أن تؤثر العـلاقـة المؤسسـة مع المعـالج بعـمق فى حـياة العـمـيل. وتتطلب الأخـلاقـيـات المهنيـة والإحسـاس العام من المعالج أن يتـأكـد أن هذه العـلاقـة لاتؤذى العـمـيل، على سبيل المثال، تمنع المبادئ الأخـلاقية للأخصـائيين النفسـيين وقواعـد السلوك الصادرة من الجمعية النفسية الأمريكية العلاقة الجنسية بين المعالج والعميل بسبب الأذى الشديد الذى تسببه تلك العلاقة للعميل. وللمسـاعدة على مقـاومة إنتـهاكـات هذا القـانون،فإن جميع برامج الإقـامـة الداخلية لعلم النفس المهنى Professional Psychology المعتمدة تتطلب من طلابها أن يتلقوا تدريباً فى هذا الموضوع الأخلاقى الحيوى .

كما تتطلب المعايير الأخلاقية، مع استثناءات قليلة، أن يبقوا بصرامة كل شىء يقوله العميل فى العلاج سرياً، والسرية هى إحدى أهم الملامح الخاصة بالعلاقة العلاجية الناجحة لأنها تسمح للعميل بمناقشة مشاعر غير سارة أو سلوكيات وأحداث مربكة بدون الخوف من أن المعالج قد يكشف هذه المعلومات للآخـرين أو لأعـضـاء أسـرة العـمـيل دون وجـود إذن أو ترخـيص رسـمـى من العميل. ومنذ وجود البريد الإلكتروني، اقترحت معايير أخلاقية جديدة لحماية السرية وعدم ذكر أسماء العملاء الذين يرغبون فى خدمات نفسية عن طريق الإنترنت .

وسوف تتطلب هذه المعايير من المعالجين أن يخبروا العملاء بوضوح أن الآخرين يمكن أن يكونوا قادرين على الوصـول إلى رسـائلهم الإلكترونية، إلى حد أنه لاتوجد علاقة رسمية بين العميل والمعالج فى تبادل الرسائل الإلكترونية، وأنهم يجب أن يسعوا إلى علاج تقليدى .

وفى الولايات المتحدة، تسرى القواعد المهنية الخاصة بالسرية بقوانين تبين أن المعلومات التي تكشف فى العلاج – مثل المعلومات المقدمة إلى قسيس أو محامى أو طبيب – تكون تواصلاً ممتعاً للغاية. وأن المعالج عليه أن يحتفظ بسريتها كما يشاء حتى أمام القضاء، حيث أنه قد يرفض حتى فى المحكمة، الإجابة على أية تساؤلات خاصة بعميل ما أو أن يقدم ملاحظات شخصية أو تسجيلات في شرائط من جلسات العلاج. وقد يتطلب القانون من المعالج أن ينتهك خصوصية العميل فقط تحت ظروف خاصة، تشمل (١) أن العميل مضطرب بشدة أو انتحارى لدرجة الحاجة إلى وضعه بمستشفى، (٢) استخدام الحالة النفسية للعميل وتاريخه فى العلاج كجزء من استراتيجية الدفاع فى المحكمة المدنية أو الجنائية، (٣) إذا كشف العميل عن معلومات حول التعسف الجنسي أو البدنى لدى طفل أو راشد عاجز، (٤) اعتقاد المعالج أن العميل قد يرتكب عملاً عنيفاً ضد شخص معين، ولابد من تقديم الدليل الواضح والمقنع لذلك .

إضافة إلى ماسبق، فإن للعملاء الحق فى تلقى العلاج وهم بالمستشفى كما أن لهم الحق فى رفض أشكال معينة من العلاج وأن يكونوا عرضة لقيد ضئيل من الحرية بقدر الإمكان. وهذه القواعد المصممة لحماية المرضى العقليين بالمستشفيات من التعسف والإهمال والقهر والابتزاز يمكن أن تخلق كذلك بعض الصعوبات. على سبيل المثال، قد تخاف أعضاء الهيئة المعالجة من أنهم قد يتم محاكمتهم إذا ماأبقوا المرضى محجوزين بلا ضرورة، أو إذا أطلقوا صراح مريض يؤذى حينئذ شخصاً ما. ولذلك فإنه من المهم إيجاد طريقة لتوازن الحقوق القانونية للمريض مقابل تلك الخاصة بالجمهور .

**مراجع الفصل الثامن :**

1 - Adler, A. (1927). The practice and theory of individual psychology. Paterson, NJ: Littlefield Adams. (Reprinted in 1963).

2- Adler, A. (1963). The practic and theory of individual psychology. Paterson, NJ: Littlefield Adams. (Orignal work published in 1927).

3- Alberti, R., & Emmons, M. (1986). Your perfect right: A guide to assertive living (5th ed.). San Luis Obispo, CA: Impact Publishers.

4- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical munual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

5- Arlow, J. (1995). Psychoanalysis. In, R. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current Psychotherapies (5th ed., PP. 15-50). Itasca, IL: Peacock.

6- Auld, F., & Hyman, M. (1991). Resolution of inner conflict: An introduction to psychoanalytic therapy. Washington, DC: American Psychological Association.

7- Barlow, D. (1988).Anxiety and its disorders: The nature and treatment of panic and anxiety. New York: Guilford.

8- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford.

9- Beck, A., Sokal, L., Clark, D., Berchick, R., & Wright, F. (1992). A Crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. American Journal of Psychiatry, 149, 778-783.

10- Beck, A., & Weishaar, M. (1995). Cognitive therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current Psychotherapies (5th ed., PP. 229-261). Itasca, IL: Peacock.

11- Bongar, B., & Beutler, L. (Eds.) (1995). Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice. New York: Oxford University Press.

12- Cahill S., Carrigan, M., & Evans, I. (1998). The relationship between behavior theory theory and behavior therapy: Challenges and promises, In J. Plaud & G. Elfert (Eds.), From behavior theory to behavior therapy (PP. 294-319). Boston: Allyn & Bacon.

13- Carlin, A., Hoffman, H., & Woghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: A case report. Behaviour Research and Therapy, 35, 153-158.

14- Chambless, D. (1990). Spacing of expresure: Sessions in the treatment of agora phobia and simple phobia. Behavior Therapy, 21, 217-229.

15- Clarkin, J., & Carpenter, D. (1995). Family therapy in historical perspective. In B. Bongar & L. Beutler (Eds.), Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and Practice (PP. 205-227). New york: Oxford University Press.

16- Cordova, J., & Jacobson, N. (1993). Couple distress. In D. Barlo (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders: A step-by step treatment manual (2nd ed.). New York: Guilford.

17- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle stuart.

18- Ellis, A. (1993). Reflections on rational-emotive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

19- Ellis, A. (1995). Rational emotive behavior therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current psychotherapies (5th ed., PP. 162-196). Itasca, IL: Peacock.

20- Freud, A. (1946). The ego and the mechanisms of defense. New York: International Universities.

21- Fuhriman, A., & Burlingame, G. (1995). The handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis. New yourk: Wiley. Interscience.

22- Gleukauf, R., & Quittner, A. (1992). Assertiveness training for disabled adults in wheelchairs: Self-reports, role-play, and activity pattern outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 419-425.

23- Goldenberg, L., & Goldenberg, H. (1995). Family therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current psychotherapies (5th ed.) Itasca, Il: Peacock.

24- Gottlieb, B., & Peters, L. (1991). A national demographic portrait of mutual aid group participants in Canada. American Journal of Community Psychology, 19, 651-666.

25- Greenberg, L., Rice, L., & Elliot, R. (1993). Process-experiential therapy: Fucilitating emotional change: New York: Guildford.

26- Hamilton, N. (1994). Object relation theory. In V. Ramachandran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 3, PP. 321-332). San Diego: Academic Press.

27- Hartmann, H. (1958). Ego psychology and the problem of adaptation. New York: International Universities Press.

28- Harvard Mental Health Letter. (1994). Brief Psychodynamic therapy-Part 1, Vol. 10, PP. 1-3.

29- Hecker, J. Losee, M., Fritzler, B., & Fink, C. (1996). Self-directed versus therapist-directed cognitive behavioral treatment for panic disorder. Journal of Anxiety Disorders, 10, 253-265.

30- Hecker, J., & Thorpe,G. (1992). Agoraphobia and panic: A guide to psychological treatment. Boston: Allym & Bacon.

31- Horgan, J. (1996, December). Why freud isn't dead. Scientific American, PP. 106-111.

32- Jacobs, M., & Goodman, G. (1989). Psychology and self-help groups: Predicitions on a partnership. American psychologist, 44, 536-545.

33- Jacobson, N., & Hollon, S. (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict, it's time present the rest of the evidence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 74-80.

34- Jensen, J., Bergin, A., & Greaves, D. (1990). The meaning of eclecticism: New Survey and analysis of components. Professional Psychology: Research and Practice, 21, 124-130.

35- Kazdin, A. (1994). Behavior modification in applied setting (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

36- Kehoe, E., & Macrae, M. (1998). Classical conditioning. In W. O'Donobue (Ed.), Learning and behavior therapy (PP. 36-58). Boston: Allyn & Bacon.

37- Kehoe, E., & Macrae, M. (1998). Classical conditioning In W. O'Donohue (Ed.), Learning and behavior therapy (PP. 36-58). Boston: Allyn & Bacon.

38- Klein, M. (1960). The psychoanalysis of children. New York: Greve Press.

39- Kohut, H. (1971). Analysis of the self. New York: International Universities Press.

40- Kurtz, L. (1997). Self-help and support groups: A handbook for practitioners. Thousand Oaks, CA: Sage.

41- Lazarus, A. (1971). Behavior therapy and beyond. New York: McGraw-Hill.

42- Levenson, H., & Strupp, H. (1997). Cyclical maladaptive patterns: Case formulation in time-limited dynamic psychotherapy. In T. Eells (Ed.), Handbook of psychotherapy case formulation (PP. 84-115). New york: Guilford.

43- Lickey, M., & Gordon, B. (1991). Medicine and mental illness: The use of drugs in psychiatry. San Francisco: W. H. Freeman.

44- Lieberman, A., & Pawl, J. (1988). Clinical applications of attachment theory. In J. Bellsky & T. Nezworski (Eds.), Clinical application of attachment. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

45- Luborsky, L. (1997). The core conflictual relationship theme: A basic case formaulation (PP. 58-83). New York: Guilford.

46- Masters, J., Burish, T., Hollon, S., & Rimm, D. (1987). Behavior therapy: Techniques and empirical findings (3rd. ed) San Diego: Harcourt Brace Jovanouich.

47- Matson, J., Sevin, J., Fridley, D., & Love, S. (1990). Increasing spontaneous language in autistic children. Journal of Applied Behavior Analysis, 23,223-227.

48- McGuire, W. (1968). Personality and susceptibility to social influence. In E. Borgatta & W. Lambert (Eds.), Handbook of personality theory and research. Chicago: Rand McNally.

49- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavioral modification: An integrative approach. New York: Plenum.

50- Meichenbaum, D. (1995). Cognitive-behavioral therapy in historical perspective. In B. Bongar & L. Beutler (Eds.), Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice (PP. 140-158). New York: Oxford University Press.

51- Messer, S., & Woltizky, D. (1997). The traditional psychoanalytic approach to case formulation.

In T. Ells (Ed.), Handbook of psychotherapy case formulation. In T. Eells (Ed.), Handbook of Psychotherapy case formulation (PP. 26-57). New York: Guilford.

52- Minuchin, S., & Fishman, H. (1981). Family therapy techniques. Cambridge, MA: Harvard University Press.

53- Moergen, S., Merkel, W., & Brown, S. (1990). The use of covert sensitization and social skills training in the treatment of an obscene telephone caller. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 21, 269-275.

54- Morganstern, J., Labouvie, E., McCrady, B., Kahler, C., & Frey, R. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanism of action. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 768-777.

55- Nichols, M., & Schwartz, R. (1991). Family therapy: Concepts and methods (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

56- Nugent, F. (1994). An introduction to the profession of counseling. Columbus, OH: Merrill.

57- O'Farrell, T. (1995). Marital and Family therapy. In R. Hester & W. Miller (Eds.), Handbook of alcoholism treatment approaches (2nd ed., PP. 195-220). Boston: Allyn & Bacon.

58- Ost, L. Hellstrom, K., & Kaver, A. (1992). One-Versus five-session exposure in the treatment of needle phobia. Behavior Therapy, 23, 263-282.

59- Paivio, S., & Greenberg, L. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 419-425.

60- Paul, G. (2000). Milieu therapy. In A. Kazdin (ed.), The encyclopedia of psychology. Washington, D. C.: American Psychological Association.

61- Paul, G., & Lentz, R. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social learning programs. Cambridge, MA: Harvard University Press.

62- Perls, F., Hefferline, & Goodman, P. (1951). Gestalt therapy. New York: Julian Press.

63- Peterson, C. ,(1995 April). The preschool child witness: Errors in accounts of traumatic injury. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis.

64- Poppe, C., Diguer, L., Luborski, L., Faude, J., Johnson, S., Morris, M., Schaffer, N., Schaffler, P., & Schmidt, K. (1996). Repetitive relationship themes in waking narratives and dreams. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1073-1078.

65- Rachman, S. (1990). Fear and courage (2nd ed.). San Francisco: W.H. Freeman.

66- Raskin, N., & Rogers, C. (1995). Person-centered therapy. In J. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current psychotherapies (5th ed., PP. 128-161). Itasca, IL: Peacock.

67- Rogers, R. (1995). Diagnostic and structured interviewing: A handbook for psychologists. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

68- Rothbaum, B., Hodges, L., Kooper, R., & Opdyke, D. (1995). Effectiveness of computer-generated virtual reality graded exposure in the treatment of agraphobia. American Journal of Psychiatry, 152, 626-628.

69- Sullivan, H. (1954). The psychiatric interview. New York: W.W. Norton.

70- Sullivan, K., & Bradbury, T. (1996). Preventing marital dysfunction: The primacy of secondary strategies. The Behavior Therapist, 19, 33-36.

71- Thorpe, G., & Olson, S. (1997). Behavior therapy: Concepts, procedures, and application (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

72- Trower, P. (1995). Adult social skills: State of the art and future directions. In W. O'Donohue & L. Krasmer (Eds.), Handbook of psychological skills training. Clinical techniques and applications (PP. 54-80). Boston: Allyn & Bacon.

73- Wolpe, J. (1952). The practice of behavior therapy (3rd ed.). New York: Pergamon Press.

74- Yalom, I. (1995). The theory and practice of group therapy (4th ed.). New York: Basic Books.

75- Zuercher-White, E. (1997). Treating panic disorder and agoraphobia: A step-by-step clinical guide. Oakland, CA: New Harbinger.

76- Zweben, J. (1996). Integrating psychotherapy and 12-step approaches. In A. Washton (Ed.), Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook. New York: Guilford.

# الفصل التاسع

# التحدى الخاص بمقابلة عميل جديد

# The Challenge of Meeting a New Client

تستطيع أن تنظر إلى كل مشكلة خاصة بك فى حياتك كشىء نافع لفائدة ما أعظم. تستطيع أن تبقى يقظاً لتلك الأشياء النافعة بالإنغماس فى حكمة الشك. وعندما يحقق إستعدادك الشىء النافع، فإن الحل سوف يظهر تلقائياً .

ديبارك تشوب D. Chopp

القوانين الروحية السبعة للنجاح

حتمياً، لابد أن يواجه المعالجون والمرشدون التحدى الخاص بمقابلة عملاء جدد. وأفضل طريقة للهيمنة على هذه المهمة تكون عن طريق إعداد وبناء المساعدة التى يبقى الأخصائى الإكلينيكى مركزاً عليه، ومنفتحاً على تعلم جديد، ومتقمصاً عاطفياً تجاه فهم العميل. ويعتبر الاستعداد والبناء هما أفضل مايتم الحصول عليه عن طريق الانتباه لعدد من الموضوعات الناقدة التى تميل إلى التطبيق على مقدم الرعاية الصحية النفسية لأى عميل سوف يحدث أن يراه. وتشمل هذه القضايا عند أدنى حد الآتى:

١ - الاستبصار عن السمات الشخصية الخاصة بالإكلينيكى وتأثيرها على المقابلة .

٢ - الحساسية للعوامل الثقافية التى يحضرها كل من العميل والإكلينيكى إلى المواجهة التى هما على وشك أن يعقداها

٣ - الوعى بالمبادئ الأخلاقية التى تُرشد سلوكيات وتصرفات مقدم الرعاية

٤ - الاستغراق فى التفكير حول المحيطات والبناء الذى يُرى فيه العميل.

وإذا ماقابل مقدمو رعاية الصحة النفسية عميلاً جديداً بتمكن صارم لكل من المبادئ الأربعة السابقة، فإنهم سيكونوا قادرين على مقابلة هذا التحدى بنجاح ويبقوا عملائهم آمنين ويشعرون بالراحة. وبمجرد الانتباه لهذه القضايا الأولية، يتجه الإكلينيكيون إلى تجميع البيانات .

## سمات شخصية مساعدة: Helpful personal traits

إن المعالجين والمرشدين النفسيين، مثل جميع الناس، يمتلكون عدداً من السمات فى جميع تفاعلات الحياة التى تكون إما فطرية أو متعلمة أو نمائية على مر السنين. وبالنسبة للمرشدين النفسيين، فمن أجل أن يكونوا فعالين إلى أقصى حد، يجب أن ينموا سمات تعكس مزيجاً من الكفاية الشخصية والفنية التى تتناغم مع العميل ومع الناس (Cormier & Cormier, 1991). وغالبا ماتكون السمات الشخصية من الصعب التعامل معها فى بداية الحياة العملية للمعالج إذا كانت قوية ولكن غير منقادة للعمل العلاجى. ومع ذلك، يكون من السهل التعامل معها، وإنه لشيء نافع إذا ماحدث أن كانت ضمن مقومات هامة فى العلاج. ويتم تطبيق المهارات الفنية التى تم تعلمها بصرامة فى سياق علاقة علاجية، وتشمل تلك المهارات القدرة على استخدام الانعكاس، والاستماع الجاد، وإعادة التنظيم، والتقمص العاطفى، واستراتيجيات أخرى مماثلة. وبالرغم من أن بعض هذه المهارات متعلقة بوضوح بالسمات الشخصية، فإنها تعتبر بصفة عامة محفزات علاجية ويتم تعلمها فى فصول الإرشاد وخلال الكتب المتخصصة. وماهو ذو أهمية هنا أن السمات الشخصية التى يحضرها مقدمو الرعاية الصحية لتعليمها للعملاء أو عمل علاقة معهم، هى سمات إما أنها قد تساعد أو تعوق العملية العلاجية .

## تقدير الذات : Self - Esteem

بمـا أن العمـلاء ليسوا دائمـاً مفتتون بتقنيات المعالج وقد يجعلوا أسماهـم معروفـاً لفظياً بمهاجمة المعالج، فإن تقدير الذات سمة أساسية هامـة بصفة خاصة يجب أن تتوافر لدى المعالج. فقد يضعف المعالج غير الآمـن من خلال التغذية الراجعة السلبية، فى حين أن جرعة صحية (وواقعية) من تقدير الذات تجعل المعالج أقل استهدفاً لنوبات من الهجوم الشخصى الطرحى وغير المستحق بواسطة العملاء (Brems, 1994) . والمعالج الذى لايستطيع التعامل مع القلق أثناء الجلسة معرض للفشل أو الإحراج (Kottler & Brown, 1992) .

## احترام الذات: Self - Respect

على نحو متعلق، يساعد احترام الإكلينيكى لذاته على وضع حدود علاجية مناسبة مع العميل. فالإكلينيكيين الذين يحترمون ذواتهم هم فقط القادرون على التمسك بالإطار الزمنى المتفق عليه بالنسبة للجلسة بدون الشعور بالذنب. كما أنهم يكونوا قادرين على طلب الأتعاب ولايقبلون المكالمات أو الإتصالات غير الضرورية من العميل بين الجلسات. ويكون مثل هذا التحديد الملائم للحدود هاماً ليس فقط بالنسبة للعملاء من حيث أنه يبلغ الضبط والأمن للمحيط العلاجى، ولكنه ضروريا كذلك بالنسبة لمقدمى الرعاية الصحية النفسية لأنه يعتنى بحاجتهم إلى جدول متنبئ به وحياة خاصة خارج العيادة (أنظر مثلاً: Herlihy & Corey, 1997).

**الاستيعاب المعرفي: Cogmitive Capacity**

يجب أن يكون لدى المعالجون والمرشدون النفسيون الوفرة المعرفية لتصور حالات العملاء ويفكرون فى أعمالهم. ويجب أن يكونوا حسنوا الإطلاع، ولديهم الرغبة والقدرة على استيعاب معلومات جديدة بسرعة، وأن يكونوا قادرين على الاكتشاف بشكل مجرد. ويستطيع الإكلينيكى اللامع وحده أن يستجيب بسرعة كافية لتدفق البيانات التى يمكن أن تحدث فى العلاج ويتماشى مع العميل بالنسبة لتصور وتنقيح خطط العلاج بفاعلية (Cormier & Hackiny, 1987). والسعى نحو التفوق هو كيفما يشير كوتلار وبراون (Kottler & Brown, 1992) إلى العملية الخاصة بالتعلم بشكل دائم وزيادة وعى المعالج والمهارة العلاجية. ويُنظر إلى كل عميل جديد باعتباره فرصة تعلم سوف تمدد حدود المعالج وتوسع أفاقه. وعلى نحو إضافى، فإن الاستمرار فى التعلم الخاص بالعلاج والاستراتيجيات المتعلقة يعتبر أساسياً لأن المجال يتغير بصفة مستمرة (Egan, 1994). كما يجب أن يكون الإكلينيكى كفؤاً فى الحس الأخلاقى. فمعظم مهنيى الصحة النفسية، إن لم يكن جميعهم لديهم مبادئ أخلاقيات المهنة التى تتطلب من مقدمى الرعاية أن يدربوا بشكل كامل -حتى اليوم- وأن يكونوا أكفاء بصفة عامة فيما يفعلون (Swenson, 1997). ويجب أن يعرف المرشدون حدودهم المهنية ويعرفوا متى يرجعوا إلى مقدم رعاية آخر إذا ماتم الوصول إلى هذه الحدود عن طريق متطلبات حالة أو عميل.

**الوعى بالذات: Self - Awareness**

يحتاج المعالج إلى أن يمتلك مستوى مرتفع من النضج والوعى بالذات، حتى لاتدخل المشاعر والاتجاهات داخل عملية العلاج (Knobel, 1990).

ويساعد الوعى بالذات على منع ردود فعل الطرح المضاد Countertransference غير المناسب، ويساعد المعالج على الاستجابة خارج اهتمام العميل. ويعتبر الوعى بالذات ضرورى - أيضا - لمساعدة المعالجين على تبين متى يتم تحييد إحتياجاتهم الشخصية عن طريق علاقة علاجية وترشدهم فى إبقاء هذه الاحتياجات خارج حجرة العلاج (تحليل المعالج).

وقد يكون المرشد عليه أن يتناول هذه الاحتياجات، ولكن هذا لايتم تناوله إطلاقاً فى وجود العميل (Kottler & Brown, 1992) . ويرضا المعالج الكفؤ بالبحث عن الإشراف والاستشارة لتحسين وتعزيز الوعى بالذات، ليس فقط عندما ترتفع الاحتياجات وأشكال القصور الشخصية إلى السطح (Strupp, 1996) ، ولكن على أساس منتظم لمنع تعبير غير مناسب عن الاحتياجات الشخصية فى جلسات العلاج (Basch, 1980). وننوه هنا إلى أن الوعى بالذات والعمل على المحافظة عليه كذلك أن الإكلينيكى يمارس مايبلغه، ناظراً إلى نفسه بانتظام وبرعاية ونقد واقعى (Egan, 1994).

## تفتح العقل: Open - Mindedness

إن تفتح العقل هو سمة جوهرية أخرى تساعد الإكلينيكيين على الترحيب حتى بأولئك العملاء الذين قد تختلف قيمهم عن قيم الإكلينيكيين الخاصة (Cormier & Cormier, 1999) . ولن يدفع المعالجون متسعو الأفق بشكل مقصود وغير مقصود قيماً شخصية إلى العملاء، وبصفة خاصة العملاء الذين ينشأون فى بيئة مختلفة على نحو جوهرى عن بيئة المعالج (Castillo, 1997). ولن يهدد الفرق فى الخلفيات البيئية والثقافية المعالج طالما يبقى مقدم رعاية

الصحة النفسية متسع الأفق وقادراً على رؤية حياة العميل من المنظور الفريد للعميل. وقد يحتاج الإكلينيكى إلى فهم أن بعض سلوكيات العميل التى يمكن أن تعتبر سيئة التكيف أو مشكوك فيها لدى الخلفية الشخصية للمعالج ربما كان لها قيمة تكيفية فى بيئة العميل. وعلى نحو واضح لايستطيع الإرشاد أن يكون خالياً تماماً من القيمة وأحكام القيمة (Pinderhughes, 1997) . ورغم ذلك، فإن المرشد يشجع على أن يكون مرناً ومتفتح العقل بقدر الإمكان ويتبين أن القيـم الشـخصيـة كيف يمكن أن تتصادم مع قيم العميل. وبكلمات أخرى، فبالرغم من أن المعالجين قد لايكونوا قادرين على قمع بعض أحكام القيم، فيجب أن تخول لهم حجب العمل الذى يجب أن يتم، والبقاء كشخص عطوف وغير مصدر للأحكام حول حقائق العملاء وهذا كله، يسهل بقدر الإمكان العلاقة العلاجية ويزيد احتمالية مساعدة العملاء على مساعدة أنفسهم (Reid, 1998). كما يقترح وجود إحترام تجاه العميل، وكذلك وقفة مساواة تستأصل القوة التفاضلية بين العميل والمقدم (Land, 1998) .

## التقمص العاطفى : Empathy

يسعـــى كل معالج ناضج إلى فهم كيف يشعر العميل فى موقف معين يقوم على خبرات العميل النوعية والفريدة، وتاريخه، وخلفيته الثقافية (Shulman, 1988) . وهكذا، فالتقمص العاطفى يتطلب من المعالج أن يستمع باهتمام ويسمع أو يرى، ليس فقط المحتوى الظاهر الخاص بما كان معبراً عنه إما لفظياً أو سلوكياً، ولكن أيضا أن يستمع إلى الرسالة الكامنة المحتوى فى نطاق تعبير العميل. وقد سمى التقمص باصطلاح الاستبطان البديل Vicarious introspection (Kohut & Wolf, 1978) ، هو أكثر من الدفء

والشعور الغامض للرعاية. إنه مجال فنى وعلمى لتحسين الفهم. ولايكون التقمص العاطفى كاملاً إذا ماإنتهى بالفهم الداخلى أو الخاص للعميل بواسطة المعالج. فيخدم التقمص العاطفى غرضاً علاجياً إيجابياً فقط إذا كان المعالج قادراً على أن يوصل الفهم مرة ثانية إلى الشخص (Bremes, 1999). فبمجرد أن يستمع المرشدون بحذر ويعتقدون أنهم قد فهموا العميل بشكل تقمصى، فإنهم يستطيعون حينئذ أن يوصلوا هذا الفهم مرة ثانية إلى العميل. وتكتمل الدائرة البينشخصية للتقمص العاطفى عندما يتلقى العميل رسالة الفهم ويشعر بالاهتمام التقمصى للمعالج (Bremes, 1989) .

**المرونـــة: Fiexibility**

يعتبر الاحتمال Tolerance والمرونة سمتان حاسمتان إضافيتان للمعالج (Cormier & Cormier, 1999). وفى كل العلاجات، تبزغ معلومات جديدة كتقدم فى العمل. ويؤدى هذا إلى مراجعات إيجابية لخطط وتصورات العلاج ويتطلب تكيفية ذات مغزى لإستراتيجيات العلاج (Morrison 1995). وليس كل البشر قادرين على الأداء فى مثل هذه البيئة ذات الغموض والتجريب. وسوف يحاول البعض جعل الإرشاد أو العلاج مناسباً لنموذج جامد Rijia model يجبر على فهم العميل داخل قالب. ولايوجد عميل ولاأسرة ولاعلاج يناسبون قالباً معيناً (Land, 1998) . وفى الحقيقة تعتمد العمليات العلاجية كلية على التغير، والتجريبية، والغموض. ويتعلق بمفهوم المرونة فكرة أن المعالج الجيد يجب أن يتحلى بالصبر (Strupp, 1996). والإرشاد لايمكن أن يندفع والمرشدون لايمكن أن يتوقعوا أن يتبع العملاء خطاً زمنياً معيناً.

### الحدس واخذ المخاطرة: Intuition and Risk Taking

بنفس الطريقة التى يحتاج فيها المرشدون والمعالجون أن يكونوا مرنين، عليـهم أيضـاً أن يتـعـاملوا مع المجـهـول ويكونوا راضين لأخـذ المخـاطرة ويستكشفوا قواعد جديدة. فالقدرة على التعامل مع الغموض هى مهارة حاسمة لكل مرشد (Kottler & Browen, 1992) . ويجب على كل المعـالجين أن يكونوا قـادرين على الشعور بنظرية المعرفة Epistemological Feeling (Knobel, 1990). أى يجب أن يكون لديهم القدرة على الاستـمـاع بتقمص عـاطفى وأن يغيروا تقييمـاتهم لموقف العميل بمرونة وعلى نحو لائق بتغيير السياقات (Cormier & Cormier, 1999). ويمكن أن يؤدى عدم الرضا بتتبع المواقف إلى ترك أوجه العميل غير المكتشفة التى قد يثبت أنها حاسمة للارتقـاء والتـغيـر. وبالرغم من أن أخـذ المخـاطرة يجب وزنه مقـابل العـواقب الممكنة لعمل خطأ، فإنه نادراً مافشل فرد أو أن تدخلاً للعلاج يُخرج العملية العلاجية الكلية عن الخط. حقاً، إن بعض الإكلينيكيين يعتـقدون أن الفشل العـرضى فى التقـمص العـاطفى للمعـالج يكون حـاسمـاً فى العلاج الناجح (Wolmark & Sweezy, 1998). ولايعتبر الفشل المتكرر إختياراً سيء الحظ فى الصياغة أو السلوك فحسب، بل يحتمل أن يكون له تأثير فى العلاج. ومن المفضل غالباً للعميل أن يتبع الحدس والمخـاطرة بتدخل جديد أكثر من أن يتمسك بشكل جامد بتدخل ثبت من قبل أنه أقل نجاحاً .

### الموثوقية والأصالة: Authenticity and Genuiness

فى تسهيل العملية العلاجية، يكون من المهم أن يسمح المرشدون لأنفسهم بالولوج ليكونوا موثوق فيـهم (Knobel, 1990) وأصـلاء (Egan, 1994).

وحيث أن الشخصية لايمكن أن تكون مخبأة أو مموهة، فإنه من المستحيل تماماً بالنسبة للإكلينيكيين أن ينكروا من هم خارج حجرة العلاج (Chrzanowski, 1989). ومن المستحيل بالنسبة للمرشدين أن ينكروا الذين هم فى الطريق، فعليهم أن يحيوا عملائهم، ويجلسون فى الحجرة، ويتفاعلون طوال الجلسة. ويعبر الإكلينيكيون عن إنسانيتهم حينما يمكن ذلك، ويسمح لهم هذا أن يوسعوا من المجالات الإنسانية العامة لعملائهم. ورغم ذلك لاتكون الموثوقية مساوية لإفشاء الذات فى نطاق حجرة العلاج. فالعلاج بالنسبة للعميل وليس للمعالج هو إفشاء للذات أو التعامل مع القضايا الشخصية النفسية أو الانفعالية. ومع ذلك، فإن كل المعالجين والمرشدين لديهم أسلوب بينشخصى Interpersonal معين: فبعضهم منبسط ونشط، والآخرون منطوون وملاحظون. ويظهر هذا النموذج العام فى نمط التدخلات التى يختارها الإكلينيكى (Kolevzon et al., 1989). وأن إيجاد طريقة للقيام بالعلاج تتناسب مع الأسلوب العام للإكلينيكى الخاص بقيم الحياة (تجعل العلاج حاسماً (Dorfman, 1998). وفقط إذا ماتناسب الأسلوب الإكلينيكى، فإنه سوف يكون قادراً على حشد الحماس الذى يكون حاسماً لعلاج أى عميل .

وليس أسلوب العلاج التكيفى وتقنيات السمات الشخصية هو نفس الشيء كالتخلى عن الحيادية العلاجية. فلا زال من المهم عدم إصدار أحكام وتجنب فرد آراء معينة أو نتائج على عميل (Kottler & Brown, 1992) .

ومع ذلك، فإن الإكلينيكى يأخذ قضية الحيادية إلى أبعد حد إذا تُرجمت إلى نواح عقيمة وغير شخصية تتعلق بالعميل. وحتى المعالجون بأسلوب التحليل النفسى، فقد إنتهى بهم الأمر إلى أن يتبينوا أن البقاء مجهولاً لايعنى كونه غير مستجيب (Woolf, 1988) أو ليس له شخصية. إنه لايعنى سوى

حفظ حدود واضحة وإبقاء التركيز الخاص بالجلسة على العميل وليس المعالج (Brems, 1994). وتبقى الاحتياجات المباشرة للمعالج بعيدة عن جلسات العـــلاج. على سبيل المثال، إذا كان الإكلينيكيون جائعون أو مضطربون، فإنهم يؤجلون إتباع هذه الإحتياجات والمشاعر خلال وجودهم مع العميل (Kottler & Brown, 1992). وقد يكون هذا أحد أكبر التحديات بالنسبة للممارس الجديد، ولكنه يصبح طبيعة ثانية مع الخبرة. ولهذا السبب، فإن رعاية الذات خارج حجرة العلاج تكون عنصراً هاماً لحياة المعالجين لتبنى الأفراد الواعين بالذات والذين يميزون إحتياجاتهم ومشاعرهم الذاتية .

**الصحة العقلية: Mental Health**

إن رعاية الذات حاسمة – أيضاً – فى الحفاظ على الصحة العقلية الشخصية. فالأشخاص الأصحاء عقلياً قادرون على التناغم من ناحية التقمص العاطفى: إن لديهم الرغبة والقدرة على فهم كل من إحتياجات الآخرين وإحتياجاتهم الخاصة، وأنهم قادرون على تأجيل إحتياجاتهم الخاصة لتحقيق إحتياجات الآخرين، ولديهم ثقة فى الذات بشكل واقعى مع قبول واضح لتصدعات الشخصية ومواطن الضعف، ولديهم خوف قليل من الرفض أو الإذلال، ولديهم قدر معين من الإبداع، والإحساس بالهزل، والحكمة (Rowe & Mac Isaac, 1986) .

وتحتاج المفاهيم الثلاثة إلى بعض التعريف. فتشير الإبداعية Creativity إلى قدرة الشخص على اشتقاق السرور من حل المشاكل. ويكافئ هذا السرور الإكلينيكيين فى إيجاد حلول لظروف صعبة، ويحثهم نحو إيجاد إختيارات وبدائل، فى كل من حياتهم الخاصة وفى حياة العميل. وتعتبر

الإبداعية من أهم السمات في التعامل بنجاح مع تحديات العملاء والحياة اليومية. أما الإحساس بالهزل Asense of humor، فهو القدرة على الضحك على الذات. إنه يستثنى التهكم المؤلم أو السخرية الشريرة، وبدلاً من ذلك القدرة على عمل ضوء على أشكال الفشل الماضية والنواقص الأصغر وتجنب أخذ الحياة أو الذات بجدية. وفي النهاية، تتسم الحكمة Wisdom بقبول الزلات وأشكال القصور. فالأشخاص الحكماء يمكن أن يغفروا الأخطاء ونقص القدرة، وقبول الذات والآخرين كلية. وتملى الحكمة أنه يجب على الوالدين والمدرسين والإكلينيكيين التسامح معهم وقبولهم رغم أخطاء ماضية، وأن يستطيع الشخص أن يحافظ على علاقة محترمة. وتتحقق الحكمة الحقيقية، إذا ماوجدت هذه القدرة عند التعلق بالآخرين وبالذات.

## القضايا الثقافية: Cultural Issues

تتعلق القضايا الثقافية بشدة بالسمات الشخصية، وتعتبر الحساسية الثقافية للمرشد الناجح جزءاً لايتجزأ في سياق أكبر من فهم القضايا الثقافية وتنمية الوعي. وبدون الانتباه إلى القضايا الثقافية، فإن الصلة والعملية العلاجية تكون غير ممكنة. ولذلك يُقوِّم أفضل المرشدين والمعالجين مستواهم الخاص بالحساسية الثقافية، ويتحدون أنفسهم للتفكير الخاص بمدركاتهم الخاصة بالجماعات الثقافية. فإكتساب المهارات والمعرفة أمر ضروري للتعامل مع عملاء متنوعين عرقياً وسلالياً وثقافياً (Tijima Hall, 1997) .

وقبل مناقشة الحساسية الثقافية، فإن التسميات سلالة وعرقية وثقافة وأقلية تحتاج إلى التعريف. فالاصطلاح سلالة Race، يشير إلى تصنيف بيولوجي يقوم على السمات البدنية والوراثية، مع ثلاث سلالات أساسية فقط تعرف (قوقازي- منغولي- زنجي). وتشير العرقية Ethnicity إلى ميراث

اجتماعي وثقافي مشترك (على سبيل المثال، أمريكي من أصل أسيوى، وأمريكي من أصل أفريقي). وفي النهاية، تشير الثقافة Culture إلى سلوك متعلم يتقاسم وينتقل في نطاق مجموعة. ومثل هذا الانتقال يمكن أن يحدث عبر أجيال عن طريق تعلم القيم والقواعد المشتركة، أو يمكن المبادرة به بأعضاء جدد كما يحدث بشكل متكرر في ثقافات الرجال المستهترين Gay والنساء المسحاقات Lesbian. ولإعطاء بعض الأمثلة: أعضاء الإيمان اليهودي Jewish Faith يكونون جماعة عرقية بميراث اجتماعي، وثقافي، وديني مشترك، ومع ذلك لايكونون سلالة. وأعضاء المجتمع البيض يكونون كذلك جماعة عرقية في الولايات المتحدة. ومثل جميع الجماعات العرقية، فهذه الجماعة تحتوى على تجمعات في نطاقها (أمريكيون أيرلنديون، أمريكيون ألمان، وهكذا)، التي يشترك كل منها في مجموعة متعلمة من السلوكيات. وبالرغم من أن الوضع العرقي أو الثقافي غالباً مايتداخل مع وضع الأقليات في مجموعة من الناس، فهذا ليس دائماً كذلك. والمجال الشامل لمجموعة متعددة أو حساسية متعددة الثقافات تحتضن ليس فقط العرقية والثقافة، ولكن كذلك وضع الأقليات. ووضع الأقليات كما يتعلق بالعلاج ليس له شيء يفعل مع العدد الواقعي من الناس في نطاق مجموعة معينة. وبدلاً من ذلك، تعرف مجموعة الأقلية Minority باعتبارها «مجموعة من الناس، بسبب سمات جسمية أو ثقافية يتميزون عن الآخرين في المجتمع الذى يعيشون فيه، ويتعاملون بشكل معين غير متساو كما يحدث مع الآخرين. ولذلك فهم ينظرون إلى أنفسهم باعتبارهم موضوعات تمييز جمعي Collective discrimination... ووضع الأقلية يحمل معه الاستثناء من المشاركة الكلية في حياة المجتمع (Wirth, 1945: 347).

وينطبق هذا الوصف للشخصيات على عدد من الجماعات التى تخبر اضطهاداً فى المجتمع الأمريكى، ونتيجة لذلك، لاتكون قادرة على المشاركة الكاملة فى المجتمع. وفضلاً عما سبق ففى ثقافات متعددة، تعانى النساء من الاضطهاد على أيدى أغلبية عددية. وباستخدام هذا التعريف، فإن أقليات أخرى تشمل الأفراد العاجزين بدنياً، والشيوخ، والرجال المستهترين، والنساء المساحقات، والأفراد المحرومين إقتصادياً.. وهكذا، فإن المعالج فى مجتمع متنوع ثقافياً يعمل مع أفراد يختلفون، ليس فقط بلغة الخلفية العرقية أو الثقافية، ولكن كذلك بلغة نواح أخرى من الاضطهاد (Lum, 1995) .

والاصطلاح «سلالة»، المحدد على نحو لائق، بيولوجى نقى فى طبيعته، ومن ثم ليس له عواقب نفسية مباشرة. وغالباً مايدرك كمنتقص Derogatory، يحمل أنماطاً دالة معه قد توقف عن الاستخدام بصفة عامة. والتمييزات العرقية والثقافية من ناحية، وكذلك وضع الأقلية من ناحية أخرى لها علاقة اجتماعية ونفسية من حيث أنهما يساهمان إلى حد كبير فى النماء الذاتى لأعضاء الجماعة، وأعضاء جماعة عرقية، وثقافية، أو أقلية معينة غالباً لايمكن فهمهم على نحو لائق إذا ما استبعدوا من مصفوفة علاقاتهم السياقية أو المتعددة الثقافة. وهكذا، فإن المتغيرات العرقية والثقافية الخاصة بجماعات أخرى لها تأثير كبير على القضايا النفسية والاجتماعية، وتكون مضموناتها بالنسبة للعمل التشخيصى والعلاجى دالة.

وقد تبينت الجمعية النفسية الأمريكية (APA) والاتحاد القومى للأخصائيين الاجتماعيين (NASW)، والجمعية الأمريكية للإرشاد (ACA) تنوع سكان العالم، ويعترفون بالحاجة إلى تقديم خدمات صحة نفسية على نحو كاف وبطريقة ملائمة لكل أعضاء مجتمع معين عرقى أو ثقافى أو أقلية.

إنهم يدعمون الحاجة بالنسبة للمعالجين لأن يكونوا حساسين ثقافياً والحاجة لبرامج التدريب التي سوف تساعد على تحقيق هذه الحاجة. على سبيل المثال، تقرر معايير الإرشاد الأخلاقية الخاصة بالجمعية النفسية الأمريكية (APA) بوضوح أن الأخصائيين النفسيين على وعي بالفروق الثقافية والفردية الخاصة بالدور، التي تشمل تلك التي ترجع إلى العمر، والنوع، والسلالة، والعرقية، والأصل القومي، والدين، والتوجه الجنسي، والعجز، واللغة، والوضع الاقتصادي الاجتماعي (American Psychological Assaciation, 1992, 1993).

وبالمثل،فإن الحاجة لتضمين القضايا الثقافية في تدريب كل المعالجين قد قُدمت بواسطة المؤتمر القومي لتعليم الإرشاد في علم النفس في تقريره بأنه «يجب أن يتعلم الأخصائيون النفسيون التحقق من أن كل التدريب، والممارسة، والبحث في علم النفس، يتأثر بعمق بالسياقات الثقافية، والثقافية الفرعية، والقومية التي تحدث في نطاقها (American Psychological Association, 1987: 1079). ويحث الضغط المتزايد دائماً من المنظمات المهنية المعالجين على أن يصبحوا حساسين ثقافياً لتحقيق احتياجات المجتمع المتنوع ثقافياً .

ويعتبر التقمص العاطفي والتفتح العقلي بخصوص القيم والمعايير سمتان ضروريتان للمعالج (نوقشا أعلاه) تعززان حساسية المرشد للفروق العرقية (Ponterotto et al., 1995). ومن المهم أن يبقى في الذهن أنه بالرغم من أنه يوجد تغير دال عبر الجماعات العرقية، فإنه يوجد – أيضاً – تغير دال في نطاق كل مجموعة عرقية (Johnson, 1993). ولايزعم الإكلينيكي المتفتح عقلياً والمتقمص عاطفياً إطلاقاً أنه بسبب كون العملاء من جماعة عرقية فإنهم

سوف يعرضون اتجاهات أو سلوكيات معينة. وغالباً مايتشوه هذا الاتجاه كحساسيـة ثقافية، فهو فى الواقع أسوأ مظاهر الإجحاف. فحساسية الاحترام للفروق العبر ثقافية لاتُستخدم لتصنيف الناس على طول أبعاد معينة (Egan, 1994). فتوجد الفردية لدى كل شخص، سواء أكان الشخص أمريكياً من أصل آسيوى، أو أمريكياً من أصل أفريقى، أو أوربى. ولايوجد معالج يزعم إطلاقاً أن كل العملاء البيض لهم نفس السمات والاهتمامات. ورغم ذلك، فلسوء الحظ، لازال شائعاً سماع المعالجين يتحدثون بمثل هذه الاصطلاحات الشاملة عن العملاء من خلفيات عرقية أخرى (Lum, 1995) .

والجدير بالذكر هنا هو أن الحساسية الثقافية وعناصرها الثلاثة الخاصة بالوعى والمعرفة والمهارات يمكن تعلمها . فالوعى Awareness يكتسب عن طريق الانعكاس الذاتى والاحترام للآخرين وكذلك عن طريق قبول فكرة أن الفرق لايساوى الانحراف (Namyniuk, 1996) أما المعرفة Knowledge فيمكن أن تتراكم عن طريق الألفة بالأحداث الثقافية، والأنثروبولوجية، والتاريخية والأمراض المتعلقة التى تتضمن أو تؤثر فى كل الجماعات الثقافية والعرقية التى يتوقع معها الإكلينيكى العمل (Ponterotto et al., 1995) . وتنمو المهارة Skill عن طريق التعلم الخاص بالمجالات البديلة للتدخل وانخفاض فى استخدام لغة مؤذية أو نمطية، وفاعلية سياسية (Ivey, 1995) . ويزعم المعالجون الذين يسعون إلى أن يكونوا حساسين ثقافياً أن كلاً من العناصر الثلاثة السالفة تكون أجزاء ضرورية من نخائرهم. وتعرف الحساسية الثقافية بمزيد من التفصيل فى الجدول (٣)، (Johnson, 1993; Brems, 1999) .

جدول (٣) سمات الحساسية الثقافية لمقدم الرعاية الصحية النفسية

| عنصر الحساسية | سمات محددة |
|---|---|
| الوعى الثقافى | - على وعى وحساس للميراث الثقافى الشخصى.<br>- شاعر ومحتضن لكل جماعات الأقلية .<br>- يُقدر ويحترم الفروق الثقافية .<br>- على وعى بالقيم والتحيزات الشخصية وتأثيرها على العلاج.<br>- حساس للفروق الثقافية بين الإكلينيكى والعميل المؤكدة على نحو مفرط أو المؤكدة على نحو يسير .<br>- يشعر بالراحة مع الفروق الثقافية بين الذات والعميل .<br>- يُظهر الحساسية لموقف قد يتطلب مرجعية خاصة بعميل أقلية لتذكر نفس الميراث الثقافى .<br>- يفهم كيف يعامل النظام السياسى الاجتماعى بالأقليات فى الولايات المتحدة .<br>- يكون على ألفة بتاريخ العلاج النفسى الصحى للأقليات والتحيزات الممكنة فى نظريات العلاج النفسى التقليدى<br>- يكون على وعى بالتحديدات الثقافية للمرض العقلى والمنظورات المفسرة للمرض العقلى .<br>- يكون على دراية بالجماعات الثقافية الخاصة بالأقليات فى الولايات المتحدة . |

| عنصر الحساسية | سمات محددة |
|---|---|
| المعرفة الثقافية | - يملك معرفة نوعية بالجماعات الخاصة التى يعمل بها الإكلينيكى . |
| | - لديه معرفة وفهماً واضحاً ومحدد للمميزات الشاملة للعلاج. |
| | - يكون على ألفة بالتطبيقات العبر ثقافية لمهارات العلاج . |
| | - يكون على وعى بالتأثيرات التى يمكن أن تكون لمحيط ومكتب علاج عملاء الأقليات . |
| | - يكون على دراية بحواجز المؤسسات التى تمنع الأقليات من استخدام خدمات الصحة النفسية . |
| | - أن يكون بارعاً بتعديل الأسلوب الخاص بالتواصل والعلاج لكى يضاهى الاحتياجات الفردية للعميل . |
| | - يعرف كيفية وضع الكمية الملائمة من الانتباه لدور الثقافة |
| | - لايصنف الأفراد طبقاً للأنماط وصور الإجحاف . |
| المهارة الثقافية | - أن يكون محترماً ومرناً فى تقديم الخدمات لتحقيق الاحتياجات الفردية للعميل . |
| | - يمارس مهارات التدخل كاحتياجات يمليها العميل وكملائمة للخلفية السياقية الشخصية للعميل . |
| | - يعمل كوكيل للتغير الاجتماعى وذلك للمساعدة فى خفض أو استئصال السلالية، والجنسية، والجنسية الغيرية . |
| | - يستخدم لغة تتجنب الإجحاف والتحيز . |

والقضايا الثقافية موروثة فى العملية التشخيصية (Solomon, 1992).

وتختلف الثقافات بشدة فيمايعتبر مشكلة أو استراتيجية ملائمة للمواجهة فى

نطاق موقف معين (Castillo, 1997) ومايمكن أن يكون شذوذاً فى إحدى الثقافات، قد يكون مقبولاً، إذا لم يكون سلوكاً سائداً فى ثقافة أخرى. وقد تعبر الثقافات المتنوعة عن نفس النمط الخاص بمشكلة بطرق مختلفة. فتختار اصطلاحات مختلفة لوصف شدة انفعالية ونمط ألم متطابقين بطريقة جوهرية (Matsumoto, 1994)، على سبيل المثال، الاكتئاب لدى العملاء البيض السائدين، قد يميل إلى التشكيل طبقاً للمعايير الملخصة فى دليل التشخيص الإحصائى الرابع (DSM - IV, 1994)، فى حين أن الاكتئاب لدى الصينيين يكشف نفسه خلال مجموعة مختلفة من الأعراض البدنية بشكل مرتفع (مثل، الإمساك – فقد الشهية – التعب)، مع وجدان قليل غير مريح معبر عنه (Castillo, 1997). وتظهر بعض الاضطرابات على أنها مرتبطة بالثقافة، مما يظهر بشكل سائد فى بعض وليس كل الثقافات (American Psychiatric Association, 1994). ويمكن أن تفسر هذه الظاهرة بملاحظة أن ثقافات مختلفة حرفياً «تزرع» سمات وسلوكيات مختلفة. ولأن أية سمات أو سلوك يؤخذان إلى أقصى حد قد ينتجان مرضاً، وأن جماعات ثقافية متنوعة سيكون لها مظاهر مرض تقوم على سمات تؤكدها فى مجتمعها الصحى (Land, 1998). على سبيل المثال، اضطرابات الأكل تبدو بشكل كبير أنها ظاهرة فى الثقافات الغربية الصناعية مع تركيز قوى على النحافة (بصفة خاصة بالنسبة للنساء) ومع وفرة فى الطعام (Castillo, 1997) ويتسم رهاب البرد Frigophobia بخوف غير منطقى من البرد والتجمد حتى الموت، ويحدث فقط لدى الصينيين، حيث تنتشر اهتمامات بدنية فى الثقافة (Dana, 1993)... وهكذا نجد أن ماهو مرضى فى ثقافة معينة، يكون مقبولاً بل ومحل إعجاب فى بعض الثقافات الأخرى .

## قضايا اخلاقية وقانونية: Legal and Ethical Issues

يجب أن يتعلم كل إكلينيكى القضايا الأخلاقية والمهنية التى تتعلق بالعلاج والإرشاد النفسى. وتبدأ المعاملة الأخلاقية للعملاء حينما يحصل الإكلينيكى على موافقة معلومة تلخص مسئوليات الإكلينيكى وحقوق العميل. ويجب أن يوضح الإكلينيكى التوقعات التى يستطيع العميل أن يحصل عليها بالنسبة للمعاملة. وتتمثل عناصر الموافقة المعلومة فى الكفاءة، والتطوعية، والمعرفة (Crawford, 1994: 56)) . وتعنى الكفاءة Competence أن الشخص الذى يُعطى موافقة عليه أن يكون كفؤاً بطريقة قانونية لأن يفعل هذا (يجب أن يكون فوق ١٨ سنة من العمر ويجب أن لايكون عاجزاً من ناحية النمو أو غير ذلك من ناحية القانون «غير كفؤ»). وتعنى التطوعية Voluntariness أن الدخول فى العلاج إرادياً وأن لاتعطى الموافقة المعلومة تحت إكراه. وتشير المعرفة Knowledge إلى حقيقة أن المرشد يجب أن يتأكد من أن العميل على علم ويفهم الحقوق المضمرة Covered تحت موافقة معلومة بالعلاج النفسى (Canter et al., 1994). ويجب أن تغطى المعرفة مجالات عديدة من المعلومات لكل عميل شخصياً خلال المقابلة الأولى :

- سرية العميل (أى، الضمان بأن العميل لن يفشى المعلومات التى يتم الحصول عليها فى العلاقة العلاجية بدون تصريح ملائم) .
- استثناءات للسرية(مثل الواجبات الخاصة بالتحذير والحماية والتقرير).
- قيود التواصل المميز (على سبيل المثال، أوامر المحاكم، وإفشاء التشخيص لشركات التامين لضمان التسديد) .
- معلومات عن إفشاء المعلومات المصرح بها بواسطة العميل .
- الطبيعة الإرادية للعلاج .
- سياسات التسجيل السمعى أو المرئى .

- قوائم الأتعاب والتسديد .
- البدائل الممكنة للعلاج بالنسبة للاهتمام بتقديم العميل .
- أوراق الاعتماد أو الخلفية التعليمية لمقدم الخدمة ومشرفيه .
- ترتيبات الإشراف أو الاستشارة .
- إجراءات العيادة بالنسبة لهيئات الإشراف الخاصة بالحالة وقبول خطة المعالجة .

وتُعطى هذه المعلومات بوضوح، وبشكل مباشر، ولفظى، وكتابة مع كل العملاء خلال الجلسة الأولى متوازية مع النقاط الإضافية الحالية (Swenson, 1997). ويجب أن يكون العملاء على وعى كبير بما يلى :

- أن العلاج أو الإرشاد لايمكن أن يضمن عواقباً إيجابية ولايمكن أن يضمن حلولاً محددة للمشاكل المطروحة .
- يمكن أن يكون للعلاج أو الإرشاد بعض المخاطر الموروثة، إعتماداً على التقنيات المستخدمة بواسطة مرشد أو معالج (على سبيل المثال، قد تؤدى التقنيات الغامرة إلى ردود فعل مرعبة) .
- يستطيع العملاء التحول إلى جهة علاجية أخرى إذا كانت هناك شكاوى أو مظالم بخصوص العلاج الذى يتلقونه.
- يمكن أن يكون للعلاج والإرشاد تأثيرات جانبية بتغير العميل ومن الممكن أن يزيد نموه بحيث يتخلص من علاقات أو نماذج سلوك حالية.

وتعتبر السرية هى حجر الزاوية الخاص بالإرشاد والعلاج. فبالنسبة للعلاج، فلكى ينجح يجب على العميل أن يثق فى المعالج. وبالنسبة للعميل، فلكى يثق يجب على المعالج أن يحترم الوعود الخاصة بالسرية(Swenson, 1997). وحتى هيبو قراط Hippocrates الذى مارس قبل ٤٠٠ سنة قبل الميلاد، كان

مقتنعاً بأهميـة السرية، مقرراً مـهما كـان ماسوف أراه أو أسمـعه فى مـجال مهنتي... فلن أفشى سراً على الإطلاق، محتفظاً بهذه الأشياء لتكون أسراراً مقدسة» .

وإذا حدثت استثناءات هامة للسرية، فتكون فى ضوء القواعد الأخلاقية والقانونية، وتتمثل فى الآتى :

- إذا مـاطلب العـمـيل أو سـمح له بالإفـشـاء عن طريق توقـيـع تصـريح بالمعلومات .
- إذا كان الإفشاء ضرورياً لمنع جرائم معينة .
- إذا ما أستلم المعالج أمر محكمة أو أمر قضائى للمثول أمام المحكمة للشهادة من أجل الإنصاف .
- إذا قدم العميل خطر للذات أو للآخرين .
- إذا أفشى العميل أو آثار شكوكاً معقولة عن إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم .
- إذا ماوُجد تصرف قانون جنائى أو مدنى يتعلق بالصحة والكفاءة .
- إذا بادر العميل بتصرف قانونى أو تهمة أخلاقية ضد المعالج (على سبيل المثال، تهمة خاصة بإساءة الممارسة) .
- لأغراض كتابية (أى، بالنسبة للسكرتيرة التى تطبع التقارير أو حفظ الأعمال الورقية الخاصة بالتأمين) .
- بالنسبة للمشاركة ضمن وكالة تعتبر جزءاً من العلاج (على سبيل المثال، الهيئات الخاصة بالحالة أو مقابلات خطة العلاج) .

ولسوء الحظ أن كثيراً من الإكلينيكيين (فى الحقيقة، أكثر من النصف، يتقاعسون عن إعطاء مثل هذا التحذير إلى عملائهم، وبذلك يضعون أنفسهم فى مخاطرة بالنسبة لإقامة دعاوى ضدهم .

## ملامح إكلينيكية: Clinical Features

توجد مجموعة من الملامح الإكلينيكية التي يجب وضعها في الاعتبار، وتتمثل تلك الملامح في السرية وحجرة الانتظار وحجرة العلاج. وفيما يلي نلقى بعض الضوء على كل منها :

فبالنسبة للسرية Confidentiality ، على سبيل المثال، يجب أن لاترى سجلات العميل في الأرفف الموجودة في حجرة الانتظار. وعلى خلاف مايحدث في كثير من مكاتب الأطباء، حيث تحفظ بيانات المرضى في رف أو دولاب الملفات خلف مكتب موظف الاستقبال، فمثل هذ الممارسة غير لائقة بالنسبة لمكتب الإرشاد. كما يتم الترحيب بالعملاء بشكل منفصل بواسطة موظف الاستقبال بدون إعلان مرتفع عن أسمائهم وبدون استخدام لأسمائهم الأخيرة. ويجب على هيئة العاملين بالعيادة أن يتمكنوا من أساسيات السرية والمهارات البينشخصية التي تساعد على جعل العملاء في راحة. ويجب أن يكون اللغو والحديث بين العاملين والعملاء إلى أدنى حد، لأنه من غير الممكن في الغالب التنبؤ بالحالة النفسية للعميل (Ciordano, 1997). كما يجب أن يتساءل العملاء من خلال أحد أعضاء الهيئة العاملة بالعيادة أي سؤال، لأن ذلك قد يثير الانفعال لدى العميل وقد يؤدى إلى الارتياك. كما يجب أن تكون البيئة هادئة وخالية من أي موسيقى مرتفعة، أو عاملين يحدثون ضجة شديدة، أو معدات مجلبة للضجة (على سبيل المثال، الآلات الكاتبة أو آلات التقطيع) .

وتحتاج حجرة الانتظار Waiting room أن تكون كبيرة بما يكفى بالسماح للعملاء بأن يستوفوا أعمالاً ورقية بدون خوف من أن فرداً قد يكون قادراً على القراءة فوق أكتافهم. ويفضل أن تكون منطقة حجرة الانتظار واقعة بعيداً عن منطقة حجرة العلاج لزيادة الخصوصية إلى أقصى مدى (Wolf, 1988)، وذلك لضمان أن العملاء في منطقة الانتظار لايستطيعون أن

يسمعوا اتفاق العملاء فى حجرة العلاج الذين قد يكونوا متكلمين بصوت مرتفع، أو يبكون، أو غير ذلك يحدثون ضوضاء (على سبيل المثال، الأطفال الذين يلعبون فى العلاج باللعب). وإذا لم يكن هذا ممكناً فإن تشغيل موسيقى هادئة أو محايدة (على سبيل المثال، موسيقى كلاسيكية) فى منطقة الانتظار قد تستخدم لتغطية أى أصوات قادمة من منطقة العلاج. ويفضل أن تزود منطقة الانتظار بمقاعد مريحة تشمل أريكات وكراسى فردية. ويمكن أن تكون مواد القراءة فى حجرة الانتظار متنوعة، ولكن دالة على حسن التذوق وملائمة (Brems, 1999). كما يجب أن تزود حجرة الانتظار بالمجلات النفسية التى توضح الصحة النفسية الجيدة للفرد، وغير ذلك من الإعلانات والإرشادات النفسية الطيبة ليقرأ فيها العملاء أثناء الإنتظار فضلاً عن أخذ نسخ منها للمنزل .

أما حجرات العلاج Therapy rooms، فيجب أن تكون معدة بشكل ملائم وضد الصوت (Wolf, 1988). ويجب أن تشمل المعدات الملائمة، مثل المقاعد المريحة للمعالج والعميل على بُعد معقول يساعد كل من العميل والمعالج على الشعور بالراحة (Bussh, 1980)، ومنضدة صغيرة تحمل بطاقات مواعيد، وكراسات خاصة بالعيادة، وأشكال إضافية (على سبيل المثال، أنون بنشر المعلومات)، ومناديل ورقية (هامة جداً)، وبنود مماثلة تكون نافعة، وسلة مهملات، وزخارف أخرى تكون محايدة وذات ذوق رفيع على أحسن وجه، ولاتعكس أية رسالة معينة. ويجب أن تكون إضاءة الحجرة منضبطة ويفضل أن تكون لمبات المنضدة أو الأرضية إضاءة فوق الرأس، ويجب أن تكون الإضاءة غير مساعدة على حدوث جو دافئ، كما يجب أن يقل السجاد لأنه يساعد على خلق جو دافئ أيضاً، وبذلك يفضل أن تكون الأرضية من المشمع أو البلاط .

## قضايا بنائية: Structural Issues

يأتى كـثيـر من الناس إلى الإرشـاد بسـبب التشـوش والاضطراب فى حياتهم. ويحدث ذلك بسبب مجموعات متنوعة من سوء التوقعات والإدراكات التى يجب أن تواجه وتتناول بواسطة المعالج. وإحدى الطرق للمساعدة على تقديم وتقليد نموذج البناء (لإنقاص بعض التشوشات التى تم المرور بها) هى تقديم خطوط إرشادية واضحة عن العملية العلاجية (Cormier Hackney, 1987). ومما يساعد العملاء على معرفة ماسيكون متوقعاً منهم وكيف أن مواقفاً متنوعة (على سبيل المثال، الدفع والجدولة) سيتم تناولها . فهذه المعرفة الأسبق تحمى العملاء من إساءات الفهم وتساعد المعالجين فى المحافظة على حد صحى بين مهنهم وحياتهم العملية (Kottler & Brown, 1992). ويلى ذلك بعض الأبنية المقترحة والخطوط الإرشادية التى تحقق هذه الأغراض .

## بناء التفاعل: Structing the Interaction

من المهم بالنسبة للمرشدين والمعالجين أن يحددوا خطوطاً واضحة بخصوص تفاعلهم مع عملائهم (Kottler & Brown, 1992). وقد ثبت أن العلاج – بصفة عامة – هو بناء يتكون فى الغالب تقليدياً من جلسة مدتها ٤٥ – ٥٠ دقيقة تبدأ وتنتهى فى الوقت المحدد، وغالباً ماتكون مجدولة على أساس أسبوعى منتظم. ويقدم هذا الجدول بشكل تنبؤى ويسمح للعميل والإكلينيكى بتخطيط الجداول حول الجلسة لأسابيع لاحقة. ومن المهم بالنسبة للعميل أن يفهم حدود العلاج وأن التأخير عن الجلسة غير ملائم. ويعتبر هذا ضرورى ليس فقط فى بناء نموذج للعميل ولكن كذلك لحماية المعالج من ضغط غير مناسب، تخيل تجاوز الحد المقرر مع عميل متأخر ويعد ذلك الإضطرار لإستمرار التأخير لكل الجلسات المجدولة بالتالى، أو تخيل تجاوز الحد المقرر

مع عميل فقط لجعل المعالج المجدول بعد ذلك لحجرة علاج معينة يتطفل على الجلسة. فهذه المواقف لاتتداخل فقط مع العميل، ولكنها تزيد أيضاً الضغط المدرك بواسطة كل من العميل والمرشد، ويختلف الإكلينيكيون فى الأداء بالنسبة لمدة الانتظار لعميل متأخر: فبعضهم ينتظره ١٥ دقيقة، وبعضهم ينتظر حتى ٣٠ دقيقة، وبعضهم ينتظر الوقت المجدول الكلى. وهنا يُطرح سؤالاً مهماً علينا، ألا وهو «ماهو مدى الوقت الذى نحتاجه لأداء عمل علاجى معين؟» فإذا مامضى وقت قليل من الجلسة، فمن الأفضل أن يُطلب من العميل العودة للموعد المحدود بانتظام خلال الأسبوع .

والبناء الآخر المتفق عليه نسبياً، هو طلب الدفع فى الوقت الذى تقدم فيه الخدمة (ماعدا إذا عمل العميل ومقدم الخدمة بوضوح ويتعاون ترتيبات أسبق). ويفضل قبول الدفع قبل بدء الجلسة ويحتاج إلى أن يخطر به بإيصال مكتوب. وأحد الأسباب لأخذ الأتعاب قبل البدء، وليس فى نهاية الجلسة هو أن العميل لايستطيع إطالة جلسة من خلال تأخير عملية كتابة شيك أو إيجاد نقود فى محفظته. علاوة على ذلك، حماية العميل من الارتباك الكامن إذا ماكانت جلسة صعبة - بصفة خاصة - تترك العميل مضطرباً إنفعالياً فى نهاية الجلسة. وعلى العميل أن يتعامل مع موظف الاستقبال فيما يختص بالدفع .

ويتجنب أفضل المرشدين والمعالجين الحديث الودى أو غير الرسمى مع العملاء حتى خلال الجلسات، ولكنهم بصفة خاصة يحجمون عن مثل هذه المحادثـة فى مناطق الانتظار أو المناطق العامة حيث قد يكون آخرين حاضرين (Basch, 1980). ومن المقبول إجتماعياً أن يقول المعالج للعميل فى مثل هذه المواقف «كيف حالك»، فهى ليست تحية ملائمة مع عميل فى منطقة عامة (Giordano, 1997). وحينما يريد العميل أن يكشف ذاته للمعالج، فعلى

المعالج أن يحييه بود «مرحباً»، دعنا نذهب إلى الحجرة... إلخ). وبمجرد انتهاء الجلسة، فمن الأفضل ترك العميل يسير خارج الحجرة بمفرده، وبذلك يتجنب محادثة خصوصية مطولة فى منطقة عامة. كما أن إنهاء الجلسة قبل فتح باب المكتب بتأكيد وبود على عودة العميل الأسبوع التالى سوف يخدم هذا الغرض جيداً، ويستطيع المعالج أن يقول ببساطة «سأراك مرة ثانية الأسبوع التالى فى نفس الوقت وفى نفس المكان... تولى رعـاية الأمـر». وبعـد ذلك يفـتح البـاب، ويغادر العـميل، ويتخلف المعالج، ربما لإعداد الحجرة للعميل التالى. وإنها ممارسة جيدة إفراغ سلة المهملات بين الجلسات لتجنب تراكم أوراق المناديل المستخدمة بشكل مرئى. وكذلك، قد يكون هذا وقتاً طيباً للتأكد من إمداد إضافى لورق المناديل الذى يكون فى المتناول. وهذا حقيقى بصفة خاصة عندما يشترك معالجون عديدون فى مكتب واحد .

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه عندما يسجل المعالجون الجلسات مرئياً وسمعياً فإنهم لايحتاجن إلى الاعتماد على أخذ ملاحظات، حتى خلال الجلسات الأولى التى تتضمن تجميع كمية كبيرة من المعلومات. وفى هذه المواقف، يتم حث المرشدين على عمل كتاباتهم الخاصة بملاحظات الحالة سريعاً بعد أن تكون الجلسة ممكنة، فى حين أن محتوى وعملية تلك الجلسة لازالتا منتعشان فى العقل .

### بناء مواقف متحدية بشكل كامن:

### Structuring Potentially Challening Situations

إن التفاعل المبدئى مع العميل قد يضع بعض الصعوبات بالنسبة للإكلينيكى المبتدئ. ولكى يكون مستعداً كلية، فإن المرشد الجديد يحتاج إلى اتخاذ قرارات عديدة خاصة بحدوث تحد ممكن شائع فى هذه الجلسات الأولية.

وبالرغم من عدم وجود أى من هذه المواقف صعباً فى الحقيقة، فإن أى موقف يمكن أن يصبح صعباً البت فيه إذا لم يكن مقدم رعاية الصحة النفسية مستعداً له (Brems, 1999) .

**افتتاح الجلسة الأولى Opening of the First Session** : بمجرد أن تكون قضايا الموافقة المعلومة قد تم تناولها، فإن الإكلينيكى يحتاج إلى أن يكون مستعداً لما سوف يلى. فتساعد مقدمة جيدة عن مايتم توقعه فى الجلسات الأولى والتالية على إسترخاء العملاء بشكل هائل، وغالباً مايزيد مستوى تعاونهم خلال المقابلة الأولى، ويفسر المعالج طبيعة أخذ المعلومات حتى يمكن للعميل فهم السبب فى توجيه كل الأسئلة (Seligman, 1995). وهذا مهم بصفة خاصة لأن المرشد سوف يطلب كثيراً من المعلومات الشخصية والمسلسة بشكل مرتفع من العميل. وإذا لم يفهم العميل السبب فى توجيه هذه الأسئلة، وإذا لم تصاغ الأسئلة بحذر وباحترام، فإن العميل قد يصبح مقاوماً أو حتى يفقد الاهتمام فى العملية العلاجية (Choca, 1988) .

ومن البديهى، أن سؤال العملاء عن السبب فى أنهم قد قرروا أن يأتوا إلى العيادة يجب أن يلى المقدمة للجلسة الأولى. أما السؤال «لماذا قررت المجئ للعلاج فى هذا الوقت؟» فيوصى به فوق كل الأسئلة الأخرى لأنه يؤكد اختيار العميل فى عملية إتخاذ القرار، ولايتضمن أى شىء يمكن أن يكون مضموناً بواسطة الإكلينيكى (كما يفعل «كيف يمكننى مساعدتك؟»، ذلك السؤال المفتوح المستخدم بواسطة البعض). علاوة على ذلك، يمنع بصفة عامة ملاحظات بارعة مستنبطة بواسطة السؤال «ماذا أحضرك هنا؟» (إن العميل يمكن أن يجيب، «سيارتى»). وقد تدرك أسئلة أخرى كوقاحة (على سبيل المثال، «ماهى مشكلتك؟») أو ببساطة غموض شديد (على سبيل المثال، «كلمنى عن نفسك»).

ويمجرد توجيه السؤال الافتتاحى، يجب أن يكون الممارس مرناً بما يكفى لتتبع قيادة العميل، ومع ذلك مشيداً بما يكفى لجميع البيانات الضرورية للوصول إلى تصور (مبدئى على الأقل) وخطة علاج (أكثر عن هذه الأخيرة) .

**إنهاء الجلسة الأولى Clossing the First Session**: بالرغم من أن دور المرشد أن ينتبه إلى الحالة الانفعالية للعميل ويتأكد أن العميل يشعر بالراحة طوال المقابلة الأولى، فإن هذا حقيقى بصفة خاصة خلال إنهاء الجلسة الأولى (Kottler & Brown, 1992). وقبل إبتداء إنهاء الجلسة، يحتاج المعالج إلى مساعدة العميل على إعادة كسب الهدوء إذا ماكان العميل مضطرباً بطريقة أو بأخرى (Kottler & Brown, 1992). ويمجرد أن يكون العميل فى إطار عقلى إستقبالى، فإن الإنهاء نفسه يجب أن يبدأ، مع ملخص مختصر للمرشدين عن ماتم التحدث عنه فى الجلسة. ويبدأ الإكلينيكى فهمه لمشكلة العميل ويكرر القضية الأساسية التى يؤثر فيها كما تدرك بواسطة العميل. ويسأل المعالج ماإذا كان العميل يشعر بالراحة مع الإكلينيكى أو ماإذا كان العميل قد يفضل العمل مع إكلينيكى أخر (Choca, 1988)

كما يعطى الممارس للعميل فرصة لسؤال أسئلة عن أى محتوى بزغ خلال الجلسة أو عن الإرشاد بصفة عامة. وإذا كان العميل قد سعى من قبل إلى العلاج أو إذا كان حالياًتحت إشراف طبيب بالنسبة لما قد يكون متعلقاً بالأعراض، حيث أن الانطلاق الملائم للمعلومات يكون فى نهاية الجلسة الأولى.

ويمجرد أن يكون المرشد قد إستنتج الملخص، وراجعه مع العميل، وقام بتوصيات علاج أساسية، فإنهما يجدولان الموعد السارى الذى سوف يتاح للمرشد وللعميل فى الشهور القليلة التالية .

ويركز الإكلينيكى على أن هذه الجلسة التى تمتد من ٤٥ - ٥٠ دقيقة سوف تحتل مكاناً أسبوعياً، فى نفس الميعاد وفى نفس المكان. ويجب أن يلتزم العميـــل بوقت الموعد المتاح والمناسب له. وقد يؤدى مناقشة هذا الموضوع بحـــذر مع العميل من إلغاء الفرصة أو من إلغاءات لاحقة. وفى النهاية، قد يرغب المعـالج فى التحـقـيق مـرة ثانيـة من أن العـميل على دراية بالأتعـاب وسياسـات الإلغاء، وقصـور الضمـان بالنسبـة للعلاج، وإمكانيـة الانفعـالات السلبية والتـأثيـرات الجانبيـة الناتجـة من العـلاج، والالتزام المطلوب للعلاج (Cormier & Cormier, 1999).

**أخذ ملاحظات Note Taking**: بالرغم من أن هذه ممارسة شائعة، فـإنه لايوصى بهـا (Seligman, 1995). حتى فرويد، قد إقـترح أن أخـذ الملاحظات يخلق بُعداً إنفعالياً بين العميل والمعالج، وغالباً مايبعد إنتباه المعالج عن العميل. ويصبح المعالج مهتماً بالحصول على أشياء موضوعة على ورقة، لدرجة أن الفروق الانفعالية الجوهرية الدقيقة الخاصة بالعميل (تلك التى تكون متصلة بشكل غير لفظى) يمكن أن يفقدها .

وإذا مـا إنزعج المرشـد بخـصـوص عدم تذكـر مـحـتـوى جلسـة لأخـذ المعلومات عن عـميل، فـإن تسـجيل الجلسـة على شـريط، وإعـادة استـعـراض الشـريط أثناء كـتـابة مـلاحظات الحـالة يمكن أن يكون مـسـاعـداً. فكتـابة ملاحظات مفصلة بعد الجلسات، وبصفة خاصة كتابة تقرير يقوم على التاريخ المجمع خلال الجلسـة المبدئية، تكون حاسـمة لعدة أسـباب. أولاً: أنها تجبر المعالج على تنظيم المعلومات بطريقة تسهل تصور الحـالة. ثانياً:تقدم مثيراً لاستكشافات إضافية فى جلسات لاحقة. ثالثاً: يمكن أن يرجع الإكلينيكيون إلى الملاحظات والتقارير لتنشيط ذاكرتهم عن نواح أساسية خاصة بالعميل،

وتكون مثل هذه التغذية لذاكرة العميل مساعدة إلى أقصى حد، حيث أن العملاء يقدرون المرشدين الذين يمكن أن يتذكروا مانوقش من قبل. وحينما يشعر العميل أنه إستمع إليه وتم فهمه، إن الصلة والثقة بالمعالج تقويان .

## الطعام والشراب فى الجلسات Food and Drink in Sessions:

يلهى الطعام والشراب عن العمل العلاجي، ويرتبطان بشدة بالتفاعل الاجتماعي: فأعضاء الأسرة يأكلون معاً، والأصدقاء والمعارف يلتحقون الواحد بالآخر من أجل تناول الوجبات. ولكن تحتاج العلاقة العلاجية إلى الانفصال من التفاعلات الاجتماعية والعائلية. ومن ثم، فإن الطعام والشراب يقبلان بشكل نادر، وبصفة خاصة لدى الإكلينيكيين الجدد الذين لازالوا يناضلون لوضع وحفاظ حدود العلاج الملائمة. وبالتأكيد إذا كان ممكناً، فإن المعالج لن يأكل أو يشرب إطلاقاً فى وجود العميل. فالطعام والشراب هما وسيلتان ممتازتان للعملاء من أجل إلهاء أنفسهم عن العمل العلاجي أو الوجدانات الصعبة. وإذا سلمنا بالتضمينات الاجتماعية والخواص المنخفضة الخاصة بالطعام والشاب، فإنه ليس لها بصفة عامة دور ملائم فى الإرشاد أو العلاج .

ولكن هل توجد استثناءات لهذه القاعدة؟ ربما، مع بعض العملاء من الأطفال، يمكن أن تكون مشاركة الطعام جزءاً من العلاج (Brems, 1993). ومع ذلك، إذا شارك المعالجون فى الطعام، فيجب أن يوضحوا أنهم يفعلون ذلك لأسباب علاجية، وليست اجتماعية، فأحياناً يكون تقديم شراب من الماء ملائماً إذا ماوجد سبب طبى (على سبيل المثال، الإكلينيكى أو العميل الذى لديه كحة يمكن أن تخف فقط بالماء). وللتكرار، إذا ماوجد سبب علاجي محدد (أو طبى مفروض)، فإن الطعام أو الشراب يمكن إستخدامهما فى مناسبة معينة. ومع ذلك، وبصفة عامة، نادراً مايكون للطعام أو الشراب مكاناً فى العلاج أو الإرشاد النفسي.

ويعتبر موضوع التدخين هام كموضوع الأكل والشرب داخل الجلسات، فلا يجب أن يسمح به أثناء الجلسة. فقد يكون التدخين بواسطة المعالج مشتتاً للعميل أثناء الجلسة. وبالتالى لايمكن للمعالج أن يستأذن العميل فى التدخين مطلقاً. وبالإضافة إلى ذلك، يجب الأخذ فى الاعتبار الاهتمامات العميقة بالصحة الخاصة بالتدخين فى حجرة مغلقة، ويجب أن لاتُفرض مطلقاً على العميل، حتى إذا ماوافق على تدخين المعالج أو إذا كان العميل يدخن. وإذا ماسلمنا بهذه الاعتبارات، فلا يمكن أن توجد استثناءات لقاعدة ممنوع التدخين فى العلاج.

**الأسئلة الشخصية Personal Questions**: يمكن أن تتدرج الأسئلة الشخصية من مطالبات بسيطة بالمعلومات إلى إستفسارات متطفلة عن الحياة الشخصية للإكلينيكى. وتكون أنماط قليلة من الأسئلة الشخصية ملائمة ويمكن أن يجاب عليها. وإذا كانت مثل هذه الأسئلة الشخصية الملائمة والأكثر شيوعاً لها علاقة بأوراق الاعتماد الخاصة بمقدم الرعاية، وخبرته، وتوجهه النظرى، فيجب أن يجاب عليها كموضوع واقعى، وبشكل مباشر، وعلى نحو غير دفاعى. والإكلينيكيون المعرضون لإساءة تناول هذه الطلبات الخاصة بالمعلومات يكونوا جدد لاتزال لديهم شكوك خاصة بقدراتهم أو الذين يعتقدون أنهم غير معتمدين بشكل يبعث على الرضا. ومن المهم بالنسبة لهؤلاء الممارسين أن يكونوا أمناء فى استجاباتهم لأسئلة العميل ويبقون غير دفاعيين. وليس على الإكلينيكيين أن يبرروا خلفياتهم استجابة لهذه الأسئلة، فكل ماعليهم أن يقرروا أوراق اعتمادهم وخبراتهم، سامحين للعميل أن يقرر ما إذا كانت الإجابات تتقابل مع توقعاتهم واحتياجاتهم وموافقتهم .

ونود أن ننوه إلى أن جميع الأسئلة الشخصية لها غرض مختلف عن غرضها الحقيقى، ومن الأفضل عدم الإجابة عليها. وبدلاً من ذلك، يجب أن

يُستـجاب لها فى سياق معناها العلاجى. وفى مثل هذه المواقف، يعترف الإكلينيكى بحب استطلاع العميل، ويؤمن بأن هذا الحب للاستطلاع طبيعى وشائع، ثم يعود بعد ذلك إلى محور الجلسة الخاص بمشكلات العميل. وإذا ماكفى هذا المجال البسيط للعودة بالعلاج إلى غرضه المقصود (أى، ينقل الانتباه مرة ثانية إلى حياة العميل)، فلا يكون هناك تدخل أو تعارض لاحقاً ضرورياً .

ورغم ذلك، ففى أوقات معينة، قد يتشبث العملاء باستفساراتهم ولايعاد توجيههم بسهولة إلى محورهم. فإذا كانت هذه هى الحالة، فإن العميل والمعالج يجب أن يأخذا فى الاعتبار الغرض أو يحددا الحاجة إلى دعم أسئلة العميل. ويستجيب المرشد بعد ذلك إلى تحديد الاهتمام بدون إجابة على الأسئلة. على سبيل المثال، قد يسأل عميل المعالج إذا ماكان له أطفال. فإذا كان المعالج غير قادر على إعادة التوجيه إلى محور الجلسة عن طريق اعتراف بسيط بحب استطلاع خاص بالعميل، فإنه سيحاول اكتشاف السبب فى توجيه العميل لهذا السؤال فى هذا الوقت. ولأن معظم الأسئلة الشخصية تنشأ فى سياق علاجى واسع يوجه المرشد نحو فهم السبب فى بزوغ السؤال، فإن هذه العملية تبدو أكثر صعوبة مما هى فى الحقيقة .

وعودة إلى المثال، فإن المعالج قد يلاحظ أن العميل قد كان يتحدث عن أطفاله هو وشكوكه الذاتية بالنسبة للوالدية. وقد يستنتج الإكلينيكى أن العميل يسأل حقيقة عن خبرة المعالج فى مجال الوالدية. وسوف تكون الاستجابة لذلك موجهة نحو هذا الزعم وقد تكون شيئاً ما مثل «أنت تسأل عما إذا كنت سوف أفهم تعقيد الموضوعات المتضمنة فى والدية ثلاث أطفال». وإذا ماإعترف العميل بهذا باعتباره الحق، فيمكن للإرشاد أن يستمر مع الأخذ فى الاعتبار

اهتمامات العميل بخصوص فهم المعالج وخبرة العلاج. وقد يبزغ الموضوع من جديد وسيحتاج ببساطة إلى معالجته بشكل إضافى، ولكن بوضوح لم يكن السؤال عن ماإذا كان المعالج له أطفال ولكن عن قدرة المعالج على فهم العميل.

**تقدمات جنسية وإغراء : Sexual Advances and Seductiv**: قد لاتكون العلاقة الجنسية هى العلاقة الثنائية التى يحاول العملاء تأسيسها مع معالجيهم فقط، ورغم ذلك، فهى بالتأكيد الأكثر إتلافاً وتدميراً بشكل كامن. ويجب تجنب جميع العلاقات الثنائية مع العملاء. ويجب أن يتعلم مقدمو الرعاية الصحية النفسية مقاومة عروض التفاعل الاجتماعى مع العملاء للتأكد من أن العلاج غير مستغل وموضوعياً. وتعتبر التقدمات الجنسية والسلوكيات الإغوائية ماهى إلا النهاية القصوى لبعد العلاقة الثنائية، ولكنها تصلح على نحو جيد كأمثلة خاصة بكيفية التعامل مع إيحاءات خاصة بعلاقة ثنائية للعميل تجاه الإكلينيكيين .

وبالنسبة لبعض العملاء، فإن السلوك الإغوائى هو نموذج عادى للعلاقة، التى طوروها على مرور خبرات العمر فى سياقات بينشخصية. ويمكن أن ينظر إلى السلوك الإغوائى بهذه الطريقة ومن ثم يمكن فهمه كعملية طرح فى طبيعته. وقد يساعد إبقاء ذلك فى ذهن المعالجين الذين يتم إغرائهم على تبيين أنهم ليسوا حقيقة دريئة الإعجاب، ولكنهم فضلا من ذلك، موضوعات ملائمة فقط فى بيئة العميل، حيث يخرجون معه نماذجاً سلوكية متأصلة. وفى جميع الأوقات وتحت كل الظروف، يجب على المعالج أن لايستسلم إلى تقدمات جنسية للعميل مباشرة (من خلال تأسيس علاقة جنسية) ولابطريقة غير مباشرة (بالسماح

بنموذج علاقاتى إغوائى أو ذى طبيعة جنسية مع العميل). ويرسم ويبقى الإكلينيكى حدوداً مهنية صارمة ولايستجيب إلى التقدمات الجنسية للعميل، وبدلاً من ذلك، يفهم الإكلينيكى سلوك العميل ذا الطابع الجنسى من منظوره المرضى أو التاريخى ويتعامل معه مثل أى نموذج علاقاتى آخر أو مقاومة تبزغ خلال العلاج.

**العملاء المكلفون Mandated Clients** : لاينشد بعض العملاء العلاج باختيارهم الشخصى ولكن بسبب ضغوط خارجية. فقد تحيل وكالات حماية الأطفال Child protection agencies ونظام العدالة الجنائية The criminel justice system مثل هؤلاء العملاء. وعلى نحو متكرر سوف يعطون اختياراً إما بالظهور للعلاج أو المعاناة من مجموعة متنوعة من العواقب (على سبيل المثال، السجن – إزالة الأطفال – إنهاء الاستخدام). وعلى نحو إضافى، قد يُضغط على العملاء فى المجئ إلى العلاج النفسى بواسطة الأقران، وأعضاء الأسرة أو آخرين هامين الذين أعطوا العميل نمطاً مامن الإنذار .

ولكن ماالذى يملكه كل من هؤلاء العملاء؟ إنهم يملكون دافعاً خارجياً أكثر من داخلياً للعلاج يصلح لتشييد الثنائية الوجدانية الطبيعية التى يشعر بها معظم العملاء بخصوص الدخول فى الإرشاد أو العلاج النفسى. وغالباً مايفضل هؤلاء العملاء عدم الحديث عن أنفسهم، ولايثقون فى دوافع الإكلينيكى، وقد يأخذون موقفاً عدائياً تجاه المعالج (Patterson & Welfel, 1993).

ولايكون علاج هؤلاء العملاء تصرفاً حراً وإنما تصرفاً مكره عليه، ويتضمن قبول العميل المقاوم كجزء من جدول الأعمال للعلاج (Patterson & Welfel, 1993: 207) .

ويقدم التعامل مع العملاء المكلفين عادة تحدياً دالاً، وبصفة خاصة فى المراحل المبكرة من العلاج حينما يُطلب على العملاء الإلتزام بالعمل العلاجى. وقد لايكون الإرشاد ممكناً على الإطلاق مع بعض العملاء المكلفين.

ورغم ذلك، يوجد تدخلات قليلة يستطيع مقدم رعاية الصحة النفسية أن يحاول بها جذب العميل إلى الدخول فى العملية العلاجية. وقبل كل شيء، يعترف المرشد إلى العميل أنه حق للعميل بأن لايرغب فى العلاج أو أن لايتحدث. ويتم تناول مقاومة العميل بطريقة تتسم بالاهتمام والرعاية، موصلاً للعميل أن المعالج لن يصطدم مع الضغوط الخارجية التى أجبرت العميل على الدخول فى العلاج. ويمكن وضع مقاومة وإنفعالات العميل فى السياق الأكبر الخاص بالخبرة العامة للحياة، وهكذا يمكن أن يمثل نقطة دخول للتقمص العاطفى فى علاقة إيجابية مع العميل. ويمكن أن يركز كثير من هذا العلاج المبكر حول مشاعر العميل الخاصة بكونه مجبراً للدخول فى العلاج .

وبالإضافة إلى ذلك، أو على نحو بديل، يمكن أن يحاول الإكلينيكى أن ينقل التركيز العلاجى إلى مجال قد يكون أكثر دافعية للعميل. وقد يخبر الإكلينيكى العميل أنه، بالرغم من أن العميل كان محالاً لسبب خاص، فإنه قد توجد بعض جداول الأعمال الأخرى هامة للعميل ويمكن أن تتكامل داخل العمل العلاجى الحالى. وبكلمات أخرى، قد يحدد المعالج مشكلة حاضرة أو حالية مزعجة للعميل، وليس للوكيل الذى أحال العميل للعلاج. وبذلك، يجعل المحتوى متعلقاً ومشوقاً للعميل. وإذا ماإستخدمت تلك الطريقة، فإن كلاً من العميل والمعالج يجب أن يعترف أنهما قد يكون لهما كذلك أن يعملا على المطالب المحددة والتى ستحال للوكالة المكلفة. ومع ذلك، فإن العميل سيكون على الأقل له بعض المدخلات داخل جدول الأعمال وقد يشعر أكثر بالتحكم فى موقف ظهر فى البداية بأنه خاضع لتحكم خارجى بشكل كلى .

## تجميع البيانات: Data Gathering

إن أفضل مايستكشفه كل مرشد أو معالج عواملاً شخصية وبيئية قبل المقابلة الأولى للعميل. وتشمل هذه الاستكشافات عند أدنى مستوى، إستعراضاً للبيئة التى يُرى فيها العميل، والتقويم الذاتى الصريح والأمين بالنسبة للسمات الشخصية المساعدة، والمعرفة بالقضايا الأخلاقية والقانونية، والتقدير الواضح عن القضايا الثقافية. ويكون الإكلينيكى الذى أصبح على ألفة بهذه النواحى الخاصة بالإرشاد والعلاج قد حصل على إستعداد معين للمقابلة الأولى للعميل. وإذا مافترضنا أن الإكلينيكى قد تأكد من أن السمات الشخصية موجبة، والبيئة مساعدة، والقضايا الأخلاقية ملاحظة، والقضايا الثقافية منتبه إليها، فقد يحدث تفاعلاً ناجحاً مع العميل. ولايكون التفاعل الأول الناجح مع العميل ساراً فحسب، بل منتجاً كذلك، ويُعد الإكلينيكى - أيضاً - خطة ثابتة لعملية المقابلة. وتتطور هذه الخطة بكسب الإكلينيكى وضوحاً عن ماهى الأسئلة التى يحتاج عميل جديد أن يطرحها من أجل فهم أفضل ولكى يدرس الإكلينيكى خطة علاج تفاؤلية. ولحسن الحظ فإن هذه العملية الخاصة بجمع البيانات تكون مباشرة وعامة نسبياً، وإذا ماطبقت بعناية كافية، ومرونة حساسية، وتقمص عاطفى، فيمكن لمقدم الرعاية الصحية النفسية - حتى لو كان حديثاً فى المهنة - أن يقود بسهولة التحدى الخاص بالمقابلة الأولى مع العميل .

وتوجد نواح جديدة من حياة العميل يتم تناولها خلال المقابلة الأولى. وعلى نحو أكثر أهمية يحتاج مقدم الرعاية الصحية النفسية أن يكتسب فهماً كاملاً بالمشكلة المقدمة التى أحضرها العميل للعلاج. ولفهم ماهية وسياق الاهتمام الحالى، تجمع بيانات إضافية. وتُشتق هذه البيانات من التاريخ

الأسرى و التاريخ الجنسي، والتاريخ الاجتماعي، والتاريخ المهني، وتاريخ النماء والصحة، وتاريخ استخدام المواد المؤثرة نفسياً، والتاريخ الغذائي والرياضي للعميل. وبالإضافة إلى ذلك، يلاحظ المرشد ملاحظات سلوكية عن العميل وينتبه إلى نقاط القوة لديه. وفي جمع هذه البيانات، يعتني الإكلينيكي باستخدام كل المهارات العلاجية التي كان قد تعلمها خلال مناهج ومراجع متخصصة في مهارات الإرشاد والعلاج النفسي. وإنه يتجاوز مجال هذا الكتاب مناقشة إكتساب المهارات الأساسية لعملية الإرشاد. ويفترض أن قارئ هذا الكتاب لديه معرفة أساسية بهذا الخصوص من قبل. ولاستعراض موضوعات تمثل بناء الصلة Rapport building، والاستبيان Questioning، والتقمص العاطفي Empathy، والانعكاس Reflection ومهارات مماثلة يجب أن يتوجه القارئ إلى بريمس (Brems, 1999) وغيره من المتخصصين في هذا المجال .

ويكفي القول هنا أنه طوال عملية جمع البيانات، يجب أن يتذكر الإكلينيكي أن بناء الصلة يكون هاماً مثل جمع البيانات .

وتشمل العناصر الأساسية للصلة العلاجية التي تُؤسس على الآتي:

- توصيل الإلتزام بواسطة المعالج إلى العميل والعكس بالعكس .
- ثقة العميل في المعالج وتبين أن المعالج يقدم الرعاية، وأنه خبير معترف به في موضوعات الصحة النفسية .
- إثارة الأمل بالنسبة للتغير والتحسن لدى العميل بواسطة المعالج .
- إعتقاد العميل في نية المعالج الطيبة وخيريته .
- إحساس العميل بالأمن بأن المعالج لن ينتهك العميل، لاعن طريق خرق الخصوصية ولاعن طريق أحكام تتعلق بالقيمة .

- التقمص العاطفى من جانب المعالج بالنسبة لموقف العميل والتعبير عن الذات، وفهم المعالج لموقف العميل الفريد .
- الموافقة على بناء العلاقة التى تُبقى حدوداً وقيوداً صحية، وتلك التى تسهل الارتقاء والتغير .

وإذا ماسلمنا بأهمية الصلة، فإن الإكلينيكيين يحافظون على علاقات جيدة مع العملاء من خلال استخدام حكمهم الإكلينيكى عن متى يتم التوقف عن جمع البيانات. على سبيل المثال، إذا مانوقشت محتويات مؤلمة، قد يكون من المهم التباطؤ والتأكيد بأن العميل مغمور بالوجدان أو سرعة الأفكار. ويعتبر أسلوب الاستماع والاستبيان الخاص بالتقمص العاطفى أساسياً ولايمكن المبالغة فيه. كما أن تطوير كل عناصر الصلة العلاجية فى جلسة منفردة أمر غير ممكن، حيث تنمو العلاقة العلاجية على مر فترة طويلة من الزمن. ومع ذلك، فغالباً مايوضع الأساس فى نفس الساعة الأولى من الاتصال بالعميل، فى حين أن مشاعر العميل الخاصة بالاستهداف ترتفع بحدة الموقف. ورغم ذلك، يبنى المرشد الجلسة الأولى بشكل كامل أكثر من جلسات العلاج المستقبلية لأن المرشد له جدول أعمال واضح .

وبداية وفى المقام الأول، يجب أن يحدد المرشد السبب فى سعى العميل إلى العلاج. فالتعريف الواضح للمشكلة الحالية هو نتيجة أساسية للمقابلة الأولى. وينشأ عدد من الأسئلة التى تحتاج إلى الإجابة عليها بمجرد انتهاء المقابلة الأولى. وتتمثل تلك الأسئلة فى الوارد فى الجدول (٤) .

جدول (٤) أسئلة خاصة بالاهتمام الحالى يجب أن يجاب عليها

ماهو الاهتمام الحالى المهيمن ؟

ماهى الظروف ؟

متى تنشأ المشكلة ؟

كيف تنشأ المشكلة ؟

مع من تنشأ المشكلة ؟

مامدى تكرار نشأة المشكلة ؟

مع من تنشأ المشكلة ؟

مامدى تكرار نشأة المشكلة ؟

كيف تزيد المشكلة ؟

ماهو تاريخ الاهتمام الحالى ؟

منذ متى نشأت هذه المشكلة ؟

كيف تغيرت المشكلة على مر الزمن ؟

متى كانت المرة الأولى التى لوحظت فيها المشكلة ؟

متى كانت المرة الأولى التى لم توجد فيها المشكلة ؟

لماذا يبحث العميل عن علاج الآن (ماهو السبب المعجل)؟

وكما هو الحال مع كل الجداول الأخرى المتضمنة فى هذا الكتاب، يمكن إستخدامها بواسطة الإكلينيكى كقائمة مراجعة لضمان أن كل المعلومات الضرورية جمعت خلال المقابلة الأولى. (ومن الأفضل تذكر هذه القائمة لأنه لايوصى بأن يحضر الإكلينيكى مواد مكتوبة داخل حجرة العلاج). وبمجرد وضوح الإهتمام الموجود للإكلينيكى، يطور سياق فهم سبب وكيفية الإهتمام المطور فى حياة العميل.

ولخلق هذا السياق، فإن مجموعة متنوعة من نقاط البيانات الإضافية يتم جمعها. وغالباً مايكون منطقياً للغاية - بناء على أنماط الأسئلة التى قد كانت موجهة من قبل - التحرك إلى سلسلة الأسئلة عن أسرة العميل. ويتوقع معظم العملاء أنهم سوف توجه إليهم أسئلة عن أسرتهم وغالباً معلومات المتطوعين، الذين يعترفون بأن الاهتمام الحالى يتصل بالناس الذين هم أكثر تعلقاً بهم. ويتم استكشاف قضايا كل من الأسرة الأصيلة والأسرة الفرعية. ويمكن تقديم المعلومات التى تستنبط من خلال هذا الخط من الاستبيان على النحو الذى يتضمنه الجدول (٥).

جدول (٥) التاريخ الأسرى

| نمط الأسرة | القضية الأساسية | القضية الفرعية |
|---|---|---|
| الأسرة الأصلية | تحديد كل أعضاء الأسرة الذين تفاعل معهم العميل فى الطفولة | |
| | تفاعلات الأسرة خلال الطفولة وسنوات المراهقة . | |
| | | - تفاعلات مع الأخوة والأخوات، أخوات من أزواج أم زوجات أب، وأنصاف الأخوة... إلخ |
| | بناء الأسرة (الأشخاص - العلاقات- التواصل - إلخ) | |
| | | - الحدود الخاصة بالأجيال والاندماجات |
| | خبرات الأسرة خلال الطفولة وسنوات المراهقة | |
| | | - الأساليب الوالدية التى خبرت |
| | | - أساليب ونماذج التواصل |
| | | - الذكريات فى المحيط الأسرى |
| | | - الصدمات الأسرية (تاريخ التعسف- مشاهدة عنف منزلى) . |

تابع جدول (٥)

| نمـط الأســـرة | القضية الأساسية | القضية الفرعية |
| --- | --- | --- |
| | خلفية الأسرة الوالدية | |
| | | – فروع الأسرة الوالديـة |
| | | – خبرات الأسرة الوالدية |
| | | – الخبرة الوالدية للطفولة وصدمات المراهقة |
| | | – التاريخ الوالدى الطبى والنفسى |
| | التفاعل الحالى مع الأسرة الأصلية | |
| | | – سلسلة النسب |
| الأسرة الفرعية | تحديد أعضاء الأسرة الفرعية فى حياة الرشد للعميل | |
| | تفاعلات الأسرة الفرعية | |
| | | – تفاعلات مع آخرين هامين وسابقـــين |
| | | – تفاعلات مع الأطفال، أطفال الـزوج أو الزوجة، أو الأطفال المحتضنين.. إلخ |
| | بناء الأسرة (الأشخاص – العلاقات – التواصل – إلخ) | |
| | | – جدول الأجيال |
| | | –الاندماجـــات |
| | خبرات الأسرة الفرعية. | |
| | | – الأساليب الوالدية التي تمارس مع الأطفـال الخاصين. |
| | | – ذكريات فى المحيط الأسرى |
| | | – صدمات أسرية (عنف منزلى – ارتكاب جريمة تعسف) |
| | | – أساليب ونماذج التواصـــل |
| | وظيفة الأسرة | |

وبمجرد جمع المعلومات عن أسرة العميل، فإنه من السهل نسبياً فى العادة التوغل فى تاريخ العميل الجنسى والاجتماعى. فبالنسبة للسؤال عن التاريخ الجنسى للعميل، فإن المعالجين الجدد يمكن أن يبقوا متأكدين أنه لاحاجة إلى أن يكونوا خجولين أو مرتبكين أثناء الحديث عن هذه المحاور وفى الغالب، يوجد تردد معين لدى المرشدين الجدد فى ثقب محور الجنسية، ولكن معظم العملاء يتوقعون فى الحقيقة، أنهم سوف يسألون عن الخبرة الجنسية لديهم. وقد ساعد الإعلام الشعبى فى هذه العملية من خلال التأكيد على الجنس كمحور علاجى هام. وعن طريق المناقشة المفتوحة الخاصة بالتعسف الجنسى Sexual abuse فى العائلات (خاصة فى الدول الغربية والولايات المتحدة). ومن المفيد البدء بسؤال العميل عن خبرته الجنسية الأولى. وقد يؤدى هذا الخط من الاستبيان إلى الكشف عن التعسف الجنسى فى الطفولة إذا ماوجد ذلك. وبالنسبة للتاريخ الاجتماعى للعميل، فهو تتبع منطقى للتاريخ الجنسى منذ استكشاف الحياة الجنسية للعميل التى ستتضمن بالتأكيد أفراد آخرين هامين. وبعد ذلك، يتحرك التاريخ الاجتماعى بعيداً عن العلاقات ليشمل شبكات المساندة الاجتماعية Social Support، والإهتمامات، والموضوعات الأخرى المدونة فى الجدول (٦) .

جدول (٦) التاريخ الجنسى، والتاريخ الاجتماعى/ الاقتصادى، والتاريخ المهنى/الأكاديمى

| الفئة | قضية أساسية يجب تناولها | قضايا فرعية يجب تناولها |
|---|---|---|
| الجنسية | الجنسية فى العلاقات الودودة الحالية | |
| | | – الكيفية |
| | | – التكرار |
| | | – المتعة والانسجام |
| | الجنسية فى علاقات أخرى | |
| | | – الجودة |
| | | – التكرار |
| | | – المتعة والانسجام |
| | الخبرة الجنسية الأولى (كما يمكن أن تؤدى إلى تعسف جنسى) خبرات جنسية لاحقة . | |
| | | – الجودة |
| | | – التكرار |
| | | – المتعة والانسجام |
| | التعسف الجنسى (اشتهاء المحارم – التحرش – الاغتصاب) | |
| | | – جريمة (جرائم) |
| | | – تفاصيل عن التعسف (النمط – الشكل) |
| | | – العمر، والتكرار، والدوام |
| | | – الأحداث التى تحيط التعسف (على سبيل المثال، أين، ومتى، القيام بالتهديدات) . |

تابع جدول (٦)

| الفئة | قضية أساسية يجب تناولها | قضايا فرعية يجب تناولها |
| --- | --- | --- |
| | | - وجود حامى/ مؤتمن |
| التاريخ الاجتماعى | عدد ووصف الأصدقاء الحميمين . | |
| | | - حاليون |
| | | - سابقون |
| | العلاقات بالمعارف والزملاء | |
| | | - حاليون |
| | | - سابقون |
| | الاهتمامات، والهوايات، والنشاطات، والاهتمامات الاستجمامية | |
| | | - حالية |
| | | - سابقة |
| | عدد ومستوى الانغماس فى جماعات المجتمع (على سبيل المثال: جماعات حماية البيئة - فرق رياضية، جماعات ذات اهتمام خاص - نوادى المشى على الأقدام - نوادى جامعى طوابع البريد - نقابات مهنية - دوائر القراءة) | |
| | | -حاليون |
| | | -سابقون |
| | الدين والروحية، اللذان يشملان أعضاء الكنيسة، وموضوعات ثقافية اجتماعية | |
| | | متغيرات اقتصادية اجتماعية |
| | | خلفية ثقافية |
| | | خلفية عرقية |
| | | وضع أقلية |
| | | مستوى التثاقف |

تابع جدول (٦)

| الفئـــة | قضية أساسية يجب تناولهـــا | قضايا فرعية يجب تناولـــها |
| --- | --- | --- |
| | | سياق التثاقف (إجبارى مقابل تطوعى) |
| | | آراء العالم |
| التاريخ المهنى | وصف الاستخدام الحالى | |
| | خطط وطموحات مهنيـــة | |
| | وظائف أو مهن فى الماضى | |
| التاريخ الأكاديمى | خلفية الاستعداء الأكاديمى أو المهني للراشدين | |
| | | الدرجات أو الشهادات العلمية |
| | | الأداء (مثل: التقديرات – مستوى النجاح) |
| | | المشـاكل (مثل: العجـز عن التـعليم – العلاقـات بالرفاق). |

وبعد أن يكون المرشد قد كسب فهماً كاملاً لظروف العميل الاجتماعية والاقتصادية، فإن استكشافاً لتاريخ الشخص الأكاديمى والمهنى يكون منطقياً نوعـاً مـا، ويسـتطيع المرشـد أن ينتـقل بلطف إلى هذه المجـمـوعـة من الأسئلة ويستكشف محتوى الاحتياجات فى هذا الخصوص كما فى الجدول السابق. ويمكن أن يكون الانتقال التالى أكثر إرباكاً للمعالج الذى يركز الآن على الانتباه إلى الموضوعات المتعلقة بالنماء والصحة. ومن الأفضل لتقديم العـميل إلى الانتـقـال بقـول شيء مـا له مـعنى «دعنا الآن ندور قليـلاً. فـغـالبـاً مـاتوجد صلة قوية بين كيف يشعر الشخص إنفعالياً ومايظهر بجسم وصحة الشـخص. ولهذا فـإننى سـأوجه إليك عدداً من الأسـئلة التي لاتبـدو لك مـتعلقـة بسـبب مـجيئك هنـا، ولكنها سـوف تسـاعدنى على التـأكد من أنك لم تنس أى

شيء». وحينئذ، يمكن جمع تاريخ متعلق بالصحة، والنماء، والممارسة الغذائية، واستخدام المواد المؤثرة نفسياً، والرياضة، بشكل مباشر وأكثر سهولة. ويلخص الجدول السابق الموضوعات النوعية التي يستعرضها المرشد، ويجب أن تكون التحديات الأكثر شيوعاً مع عميل جديد لها علاقة بالموضوعات الطبية والبدنية وكذلك استخدام المواد المؤثرة نفسياً.

ويقوم الإكلينيكي طوال عملية جمع البيانات بملاحظة سلوكيات العميل، التي ستساعد على إكمال فهم الشخص وتتمثل الملاحظة السلوكية للعميل في الوارد في الجدول (٧) .

جدول (٧) ملاحظات سلوكية يتم وصفها بواسطة المعالج

| الفئة | موضوعات يجب تناولها |
|---|---|
| المظهر | الملبس |
| | الوزن |
| | الهيئة |
| | الإيماءات والتعبيرات الوجهية |
| | الآداب والعادات |
| | الملامح البدنية المميزة |
| الأداء المعرفي | مستوى عقلي جدير بالتقدير |
| | إنتباه وتركيز |
| | تدفق ووضوح التفكير والكلام |
| | ذاكرة قصيرة وطويلة المدى |
| | مستوى التجريد مقابل الملموس |
| | مستوى المرونة المعرفية مقابل الجمود |
| | محتوى تفكير مشوه (على سبيل المثال: إعتقادات ثابتة – حوازات – هذاءات ). |

تابع جدول (٧)

| الفئة | موضوعات يجب تناولها |
|---|---|
| | عمليات تفكير مشوهة (على سبيل المثال: التأملات – الارتباطات الفضفاضة أو الغريبة) |
| الوجدان والمزاج | مزاج أولى (أى، مشاعر ذاتية) |
| | وجدان أولى (أى، مشاعر مُعبر عنها، أو ملحوظة) |
| | مدى الوجدان |
| | التناغم بين الوجدان والمزاج |
| الإحساس والإدراك | قياس تقدير الحقيقة |
| | اضطراب الإدراك (مثل: الأوهام – الهلاوس) |
| | التوجه إلى الوقت والمكان والشخص والذات |
| | الحكم |
| | اليقظة |
| الأسلوب البينشخصى | مستوى الثقة بالنفس المعروض |
| | جودة التفاعل (على سبيل المثال: عدوانى – متحد – محاولاً إدخال السرور – خاضع– سلبى) |
| | القدرة على الانغماس وإفشاء الذات |
| | مستوى الثقة (أى، التسلسل من البارانويا إلى الثقة المفرطة) |
| | الحاجة إلى القبول |
| ملاحظات أخرى | تغيرات فى السلوك خلال سير المقابلة |
| | نشاط نفسحركى |
| | نماذج الكلام |

وفى النهاية، إن مقابلة أخذ المعلومات يمكن أن تؤدى إلى تقدير لقوى الشخص. ويمكن تناول هذا الموضوع من خلال الاستفسار مباشرة من العميل وكذلك من خلال الملاحظة السلوكية والاستدلال، وإنه لمشوق دائماً أن نسمع عن كيفية استجابة العميل عند سؤاله عما يدركه باعتباره نقاط قوته أو قدراته الفريدة، وتركيز المعالج على هذه القضية يعيد تأكيد تقديره للعميل كبشر كامل، وليس مجرد شخص له مشاكل. وحينئذ يمكن أن تستخدم نقاط القوى المحدودة لدى العميل فى تخطيط العلاج والتنبؤ به. وبالرغم من أنه لاتوجد طريقة لتقديم طريقة تدوين لنقاط القوى الكامنة الخاصة بالعميل، فبعض الأمثلة مقدمة فى الجدول (٨) .

جدول (٨) أمثلة خاصة بنقاط قوى العميل المحددة بواسطة المعالج

- مهارات معرفية جيدة
- تعليم جيد
- مهارات إستدلال معنوى
- عدم وجود اضطرابات معرفية شديدة (مثل، الهذاءات أو التأملات)
- علاقة ودودة ثابتة
- اتصال ما مع الأسرة الأصلية
- شبكة واسعة من المعارف
- تاريخ من العمل الجاد والمثابرة
- تاريخ عمل ثابت
- إكمال مسار تعليمى مختار
- مواصلة رجيم علاج طبى سابق

تابع جدول (٨)

أمثلة خاصة بنقاط قوى العميل المحددة بواسطة المعالج

- غياب صدمات طفولة ثابتــة
- لايوجد دليل بأنه كان ضحية
- لايوجد تقرير بأنه كان قد إرتكب جريمة
- لاتوجد مشاكل صحية حالية
- لايوجد تاريخ خاص باستخدام المواد المؤثرة نفسياً
- دليل ما على مهارات بينشخصية/ اجتماعية
- القدرة على التعبير عن مدى من الوجدان
- غياب أعراض ذهانية
- أمل خاص بإمكانية أن العلاج سوف يكون مفيداً
- واقعية ذاتية وإهتمام بالموضوعات النفسية

وسوف تعطى هذه القائمة المعالج فكرة عن المدى الواسع لسمات العميل التى يمكن أن تُقوّم فى هذا الخصوص، ولايقصد بهذه القائمة الحد من الاستكشاف لهذه الموضوعات الخاصة .

ويعتبر جمع كل هذه البيانات هاماً لأن الإكلينيكى يأمل أن يترك المقابلة الأولى بفهم واضح نسبياً للعميل، وليس مجرد الاهتمام الحالى، ولكن السياق الأسرى والاجتماعى الكامل الذى نشأ فيه هذا التصور والاهتمام .

## التصور: Conceptualization

إن تنمية تصور سوف يستخدم لتحديد خطة علاج فردى هو عملية، وليس قراراً استاتيكياً منفرداً، وهو عملية مرنة بشكل مرتفع. ويجب أن يتم

التمـييـز بوضــوح بين التـصـور والتـشـخـيص Diaginosis، حـــيث لايمكن استخدام الاصطلاحين بشكل متبادل، رغم أن كتاباً كثيرون يستمرون فى عمل ذلك. فالتصور هو أكثر إتساعاً من التشخيص ويعتبر التشخيص أعراضاً للعميل للوصول إلى تسمية سوف تستخدم كتصنيف العميل فى نطاق فئة تشخيصية خاصة. والتصور، من ناحية أخرى، يعتبر لماذا، ومتى، ومع من، وكيف تطور الاهتمام الحالى للعميل .

ويأخذ التصور نظرة فى ثلاث مجموعات رئيسية من العوامل، هى عوامل استعدادية Predisposing factors، وعوامل معجلة Precipiting factors ، وعوامل مؤيدة Perpetuating factors (Brems, 1999) . ثم يلخص بعد ذلك ديناميـات الحالة والحالة النفسـيـة الداخلية Intrapsychic ،والمصـفـوفـة البينشخصية Interpersonal، والديناميات المتعلقة بالأسرة. ولايكون التصور كاملاً حتى يفسر كل المشاكل، والسلوكيات، والإدراكات، والوجدانات المقدمة بواسطة العميل (Weiss, 1993). فالتصور يعتبر السياق لكل مشكلة مقدمة، مؤدياً إلى تكامل كل الجوانب المتفصلة فيما يبدو عن عمل الجوانب المنفصلة فيمـا يبدو عن العـميل إلى شبكة أحداث وخـبـرات متـماسكة يمكن أن تفسر التضـاربات والتناقضـات (Karoly, 1993). ويكون التصور الجيد خـالياً من التحيـزات أو القوالب ويبقى على كل أشكال العزو المنطقية والعقلانية (Olsan et al., 1997). ويجب على المعالج أن يهتم بالسياق الذى تعمل فيه الشكوى أو الذى تحدث فيه الأعراض، حيث أن السياق غالباً مايؤدى إلى فهم مايجرى مع المريض ومـاهى إحتياجاته» (Olson et al. 1997, 121) .

والتصور هو النتيجة المنطقية للمقابلة الأولية ويوجه علاج العميل من هذا المكان للخارج. ويصبح الأساس لخطة عـلاج العـميل ويساعد الإكلينيكى على

فـهم العـمـيل من منظور فـريد وخـاص، ويعكس القـصـور والتـوجـه النظرى للإكلينيكى، وبذلك يمكن أن يختلف إلى حد كبير من معالج إلى معالج آخر.

## الإحالـة: Referral

بعد أن يكون المعالجون قد أجروا عملية أخذ البيانات، وحتى بعد أن يكونوا قد قاموا بتقييمات خاصة عديدة (مثل، تقييم استخدام المواد المؤثرة نفسياً أو اختبار الحالة الصحية)، فإنهم لازالوا يستنتجون بصفة عامة أنهم يفتقدون بيانات حاسمة) .

وتقع البيانات الناقصة - حتى بعد تقييم كامل بواسطة الإكلينيكى الأصلى - فى إحدى فئتين: (١) البيـانات التى لايمكن أن تُجمع بواسطة الإكلينيكى الذى يأخذ المعلومات بسبب نقاط قصور فى التدريب أو الخبرة، أو (٢) البيانات التى يجب أن لاتجمع بواسطة الإكلينيكى الأصلى بسبب تقرير أو دور أو موضوعات خاصة فى العمل مع العميل. فبالنسبة للفئة الأولى ، فإن الجـزء الطبى الخـاص بالمعلومـات، على سبـيل المثـال، ربما قـد كشف بعض الإشارة إلى اضطرابات الذاكرة التى قد كانت ملموحة فيه ولكن بدون توضيح، بواسطة الملاحظات السلوكية. وفى هذه الحالة، يجب أن يقرر الإكلينيكى كيفية فهم مشاكل ذاكرة العميل وقد يحتاج إلى أن يستنتج عدم قدرته لعمل هذا بدون بيانات إضافية. ورغم ذلك، تحتاج مثل هذه البيانات الإضافية إلى أن تجمع بواسطة أخصـائى نفسى عصـبى Neuropsychologist أو أخصـائى أعصـاب Neurologist أى، بواسطة مـهنيين ذوى مـهـارات لايزعـمـهـا الإكلينيكى فى أخذ تلك البيانات. وعلى نحو بديل، بالنسبة للفئة الثانية، فقد يكون الإكلينيكى قـد تلقى تدريبـاً واسـعـاً فى التـقـيـيم النفـسـعـصـبى Neuropsychological assessment ولكنه قد يقـررأنه من غـير الحكمة

إجراء هذا التقييم شخصياً، حيث أن مثل هذا العمل قد يتطفل على العلاقة العلاجية. وفى أية حالة، فإنه يكون الوقت المناسب للمبادرة بالحالة.

وللتوضيح، فبصفة عامة، تحدث الإحالات بعد غربلة مبدئية أو تقييم يجرى بواسطة إكلينيكى يأخذ البيانات. وتشير الغربلة Screening فى هذا السياق إلى مأخذ سريع مركز وموجه، ويشير التقييم إلى تقويم إمتصاص Intak evaluation يكون أكثر شمولاً، حيث أن الإكلينيكى يجمع بيانات كثيرة بقدر الإمكان عن العميل. وحينما تؤدى الغربلة أو التقويم إلى أسئلة، فإن إكلينيكى البيانات يكون غير قادر على الإجابة، وتكون الإحالة واجبة. ويمكن أن تتم الإحالات من أجل تقييم إضافى أو من أجل إستشارات وإذا كان التقييم الإضافى هو المقصود، فإن الإكلينيكى يحيل العميل إلى مقدم آخر سوف يقوم بتقييم يتجاوز تقييم الإكلينيكى الأصلى .

وجدير بالإشارة إلى أن المواقف العامة التى تؤدى إلى الإحالات لمتخصصين آخرين فى الصحة العقلية، أو الصحة السلوكية، أو الرعاية الصحية، تشمل أسئلة خاصة بما يلى :

- عمليات معرفية وإدراكية، مثل ماتتضح فى الذهان أو المرض العضوى للدماغ (إحالة لعلم الأعصاب أو علم النفس العصبى) .
- أداء عقلى ومعالجة معرفية، غير متعلقين بالذهان أو مرض الدماغ ولكنها متعلقة بالأداء اليومى والتحصيل الأكاديمى (إحالة للتقويم النفسى مع التركيز على القياس المعرفى «على سبيل المثال، الذكاء، والتحصيل، والقياس الأكاديمى») .
- قدرة على المواجهة وأسلوب حل المشكلات فى ظروف معينة (إحالة للتقويم النفسى مع التركيز على المتغيرات المعرفية والشخصية «على

سبيل المثال، قياس الذكاء، والتقييم الموضوعى للشخصية، والتقييم الإسقاطى) .

- أداء شخصية ومتعلق بالديناميات النفسية الداخلية والبينشخصية فى نطاق سياق المجتمع والثقافة (إحالة للتقويم النفسى والتركيز على التقييم الموضوعى والإسقاطى) .

- العلاقة بين الأعراض الطبية، والنفسية/ الانفعالية (إحالة للتقويم الطبى).

رجيم دوائى مأخوذ فى الوقت الحالى بواسطة العميل (إستشارة مع طبيب أو أطباء يقدمون وصفات) .

- أعراض طبنفسية Psychiatric Symptoms وحاجتها إلى تحسن من خلال أساليب تفوق العلاج النفسى والتربية النفسية .

- صعوبات التواصل تتجاوز العوامل الشخصية المتبادلة أو الخاصة بالتضارب فى الحالة النفسية الداخلية (إحالة لتقويم الكلام واللغة) .

- مآخذ الطعام أو إهتمامات الوزن التى تتكامل مع التقديم النفسى Psychologcial Presentation ولها مضمونات بدنية كافية (إحالة للتقويم الغذائى بواسطة طبيب أو أخصائى تغذية) .

- عوامل اجتماعية واقتصادية تتداخل مع التوافق النفسى الصحى، وقد يكون لها تأثيرات على الرفاهية الطبية (إحالة لتقويم الخدمة الاجتماعية) .

وتزيد جميع هذه الموضوعات عن التقييم المعتاد الخاص بالعملاء للعلاج النفسى. ورغم ذلك، فإن الكل يحدث بتكرار كاف يجعل المعالجين يحتاجون إلى أن يعرفوا كيفية التعامل معهم ويحتاجون إلى تبينها كموضوعات ينتبهون

إليها على أحسن وضع خلال الإحالة لخدمات إضافية لايضطلع بها المعالجون أنفسهم. وبدون عمل إحالات فى هذه المواقف، يرسى المعالجون الأساس لسوء إدارة كامنة لحالتهم. فالعمل بمجموعة غير كاملة وغير دقيقة من البيانات قد يؤدى إلى تدخلات أقل من أن تكون تفاؤلية، وعلى أسوأ وضع تتعارض مع عملية العلاج. وأحد الأمثلة على ذلك، قد يكون مريض باكتئاب شديد ظهر حديثاً، ويبدو أنه قد شل حركة الشخص: إنه يتعارض مع أداء نفسى لائق (مثل: النوم – الشهية – الاهتمام الجنسى)، كما يؤدى إلى تعارض اجتماعى (مثل: فقد عمل – العزل الذاتية). وقد يكون إكلينيكى الصحة العقلية مهملاً بعدم إحالة مثل هذا العميل لفحص طبى كامل ومداواة ذات مدار نفسى ممكنة. إن الفشل فى إضافة دواء مضاد للاكتئاب، على الأقل لفترة، إلى علاج يميل بمثل هذا التقديم الضعيف لاكتئاب عظيم Major depression قد يبطئ فى الواقع ويعوق العملية العلاجية. وسيكون الإكلينيكى أكثر قدرة بكثير على العمل العلاجى إذا ماساعد الدواء على إزالة بعض من المظاهر الفسيولوجية الأكثر تدخلاً فى الاكتئاب .

## التوثيق وحفظ السجلات: Documentation and Record Keping

إن ملاحظات وتقرير كتابة الحالة هو إلتزام أساسى وإكلينيكى وقانونى لمقدم الرعاية. ويجب أن توثق السجلات وتستعرض الخدمات التى كانت مقدمة والتى سوف ترشد تخطيط وتنفيذ العلاج. وبالإضافة إلى ذلك، قد تكون متعلقة بأغراض مؤسسية (مثل: الاعتماد – استعراض عيادة)، أو مساعى قانونية (مثل: سوء ممارسة قضية ضد معالج) أو أسباب مالية (مثل: إستعراض خدمات لتخصيص الموارد). وتصلح السجلات لحماية الإكلينيكى من المسئولية القانونية فى حالة اتهامات خاصة بقضايا قانونية أو عرقية، وفى بعض

الحالات، يجب أن تحفظ طبقاً للنظام الأساسى للحالة الذى ينظم محتوى سجلات الصحة النفسية (NASW, 1993; APA, 1993) ويجب أن تشمل السجلات سلسلة من المعلومات الشاملة، والموضوعية، والمتسقة، والقابلة للاسترجاع، والآمنة، والجارية عن العميل، والإكلينيكى، والخدمات التى كانت مقدمة (Vandecreek & Knapp, 1997). ويجب حفظ السجل الكامل لمدة ثلاث سنوات على الأقل بعد الاتصال الأخير بالعميل (مالم تكن الممارسات الإكلينيكية فى وضع له إطار زمنى يحدده القانون)، ويجب أن يحفظ سجل التلخيص لمدة إثنى عشر سنة إضافية (APA, 1993) . ويجب حفظ السجلات، بحيث نضمن سريتها، وسلامتها، ووضعها بطريقة تحد من الوصول إليها (على سبيل المثال، تحت قفل ومفتاح، وفى منطقة مقيدة، وفى حاسب آلى مع شكل مامن وجود كلمة سر لفتحه). وعند إمكان الاستغناء عن السجلات، فإن هذا يجب أن يتم بطريقة سرية على قدم المساواة (على سبيل المثال، قد يكون السجل ممزقاً).

وفى حفظ السجلات، فإن الأعضاء الإكلينيكيين يمكن أن يكونوا مستدعين للمثول أمام القضاء، وتقرر بموضوعية نوعية المادة التى يجب تضمينها. كما أن النقاط التى تحتاج أن تقدم للهيئة القضائية يتم تقريرها بدون تخمين أو تفسير ذاتى مفرط. ويجب أن تكون الملاحظات واضحة ويجب أن تسجل بأمانة ماهو معروف وماقد حدث. ونحتاج إلى أن نحترم العميل، مع تجنب أى نمط من الحكم أو الإجحاف أو العدائية ضد العميل.

وتلخص مقابلة أخذ المعلومات فى شكل تقرير، ويصبح التقرير جزءاً هاماً ودائماً لسجل الصحة النفسية للعميل. وعلى أدنى حد، يحتوى تقرير أخذ المعلومات على الأقسام التالية :

- تحديد المعلومات .

- التاريخ الاجتماعى .
- التاريخ المهنى والأكاديمى .
- التاريخ الطبى والصحى المتعلق به.
- الملاحظات السلوكية والحالة النفسية المختصرة.
- التصور .
- التشخيص .
- توصيات العلاج .
- إمضاء الإكلينيكى والتاريخ .

وإذا مابزغت بيانات جديدة أساسية للمعلومات المحتواه فى تقرير أخذ البيانات فى جلسات تحدث بعد مقابلة أخذ المعلومات، فإن أفضل طريقة للتصرف هى إعداد ملحق تقرير لأخذ المعلومات. وتدون جميع المعلومات الأخرى التى تحتاج إلى التسجيل عن العميل خلال الجلسات الروتينية فى صورة ملاحظات التقدم، وتكتب ملاحظات التقدم بعد كل إتصال مع العميل وتشمل أية إتصالات فى الجلسات. وتتناول ملاحظة التقدم المثالى The ideal progress note تقديم العميل، وعملية العلاج، أو الإرشاد، وتفسير الإكلينيكى، والخطة للجلسة (الجلسات) التالية (Brems, 1999). ويشير التقديم Presentation هنا إلى ملاحظات ومعلومات متعلقة بالعميل (مثل، السلوك الملحوظ، والموضوعى، والتقديم، والوضع العقلى)، وأى سلوكيات غير عادية ملحوظة لدى العميل، أو بيانات معلقة بتاريخ العميل، أو تغيرات حياتية متعلقة بالعميل، أو تغيرات فى حالة أو وضع العميل مقارنة بالجلسات السابقة، وحركة أو تقدم العميل تجاه أهداف العلاج. وتشير العملية Process إلى ملاحظات عن محتوى وموضوعات الجلسة، والتدخلات،

وفاعليتها، وإستجابة العميل، وكذلك عملية هنا – و – الآن Here - and - Now كما تتعلق بالتفاعلات التى قام بها العميل مع أفراد خارج العلاج. وتشير التأويلات Interpretations إلـــى فهـــم المعالج للعملية كما ظهرت للعيان وردود الفعل للجلسة والانطباعات عنها. وتقدم الخطة استراتيجيات منتقاه وتكشف إتجاه المرشد بالنسبة للجلسة التالية .

**الملخـــص :**

تقدم مقابلة العميل الجديد تحديات مشوقة كثيرة للمرشد، ولايميل أى منها إلى أن يكون صعب البت فيها طالما كان المرشد مستعداً على نحو جيد. وقد أرسى هذا الفصل الأساس للاتصال الأولى الناجح مع العميل. وعلى نحو أكثر أهمية، يحتاج الإكلينيكيون إلى أن يكونوا على وعى بالعوامل البيئية والشخصية التى تحضر إلى الجلسات. كما يحتاجون إلى أن يكونوا واضحين بخصوص الخطوط الإرشادية المهنية، وكذلك يحتاجون إلى أن تكون لديهم مجموعة من المهارات البنائية التى توجه مقابلتهم. فمن المفترض أن يكونوا على علم بجدول تجميع بيانات يتسم بالوضوح، فضلاً عن قدرتهم على التوجيه بشكل كاف لجمع كل المعلومات الضرورية للوصول إلى تصور شامل للعميل بنهاية الاتصال الأول. وفى نفس الوقت يجب أن يكون المرشد أو الإكلينيكى لديه القدرة على التقمص العاطفى .

وفى الجلسة الأولى، يحتاج العميل إلى أن يبقى مرتاحاً نسبياً ويحتاج إلى أن يُترك شاعراً بأنه فى حالة أفضل مما كان قبل دخول حجرة العلاج. وبالرغم من أن هذا ليس دائماً حقيقى بالنسبة للجلسات التالية، فإن الجلسة الأولى تحدد النغمة لإدراك العميل بالأمان مع الإكلينيكى ومن ثم فإن معياراً مختلفاً على نحو ضئيل خاص بالراحة يحدث بعد ذلك .

ونادراً ماتقدم الجلسة الأولى تحدياً ثقيلاً للمرشد بشكل واضح. ففى الأساس، تكون التحديات فى الجلسة الأولى لها علاقة بالقرارات الخاصة بها فى البيانات الإضافية التى يمكن أن تكون ضرورية لفهم العميل بأكثر قدر من الدقة، أى إكمال التصور بالطريقة الأكثر وصفاً وتأكيداً. ويعتبر استعمال المواد والموضوعات الطبية هما مجالان تميل فيهما الأسئلة إلى أن تنشأ .

وفى النهاية، يترك المرشد الجلسة مع العميل وهو يعرف أن متغيرات عديدة عن الشخص تبقى غير واضحة ولكن لايعرف كيف يعمل على ملئها بصورة إكلينيكية وفى هذه الأمثلة، قد تكون الإحالة للقياس النفسى فى استخراج تصور عن العميل.

**مراجع الفصل التاسع :**

1 - American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders ( ed.). Washington, DC: Author.

2- American Psychological Association. (1987). Resolutions approved by the National Conference on Graduate Education in Psychology. American Psychologist, 42, 1070-1084.

3- American Psychological Association (1993). Record keeping guidelines. American Psychologist, 48, 984-986.

4- Basch, M. (1980). Doing psychotherapy. New York: Basic.

5- Brems, C. (1989). Dimensionality of empathy and its correlates. Journal of Psychology, 123, 329-337.

6- Brems, C. (1993). A comprehensive guide to child psychotherapy. Boston: Allyn & Bacon.

7- Brems, C. (1994). The Child therapist: Personal traits and markers of effectiveness. Boston: Allyn & Bacon.

8- Brems, C. (1999). Psychotherapy: Processes and techiques. Boston: Allyn & Bacon.

9- Canter, M., Bennett, B., Jones, S., & Nagy, T. (1994). Ethics for psychologist Journal of Psychological Preactire, 4, 150-157 .

10- Cormier, W., & Cormier, L. (1999). Interviewing strategies for helpers (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

11- Crawford, R. (1994). Avoiding counselor malpractice. Alexandria, VA: American Counseling Association.

12- Dorfman, R. (1998). Paradigms of clinical social work (Vol. 2). New York: Brunner/Mazel.

13- Egan, G. (1994). The skilled helper (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brook/Cole.

14- Giordano, P. J. (1997). Estabishing rapport and developing interview skills. In J. Matthews & C. Walker (Eds.). Basic skills and prefessional issues in clinical psychology (PP. 59-82), Boston: Allyn & Bacon.

15- Herlihy, B., & Corey, G. (1992). Dual relationship in counseling. Alexandria, VA: American Counseling Association.

16- Ivey, A. (1995). Psychotherapy as liberation: Toward specific skills and strategies in multicultural counseling (PP. 53-72). Thousand Oaks, CA: Sage.

17- Johnson, M. (1993). A culturally sensitive approach to child psychotherapy. In C. Brems. Comprehensive guide to child psychotherapy. (PP. 68-94). Boston: Allyn & Bacon.

18- Knobel, M. (1990). Significance and importance of the psychotherapist's personality and experience. Psychotherapy and Psychosomati, 53, 58-63.

19- Kohut, H., & Wolf, E. (1978). Disorders of the self and their treatment. International Journal of Psychoanalysis, 59, 413-425.

20- Kolevzon, M., Sowers-Hoag, K., & Hoffman, L. (1989). Selecting a family therapy model: The role of personality attributes in eclectic practice. Journal of Marital and Family Therapy, 15, 249-257.

21- Land, H. (1998). The feminist approch to clinical social work. In R. Dorfman. Pardigms of clinical social work (Vol. 2: PP. 227-256). New york: Brunner/Mazel.

22- Lum, D. (1995). Cultural values and minority people of color. Journal of Sociology and Social Welfare, 22, 59-74.

23- Matsumoto, D. (1994). People: Psychology from a changing perspective. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

24- Namyniuk, L. (1996). Cultural considerations in substance abuse treatment. Paper presented at the 3rd Biennial Conference of the Alaska Psychological Association, Anchorage, AK.

25- National Association of Social Workers (1993). Code of ethic. Silver Springs, MD: Author.

26- Olson, K., Jackson, T., & Nelson, J. (1997). Attributional blases in clinical practice. Journal of Psychological Practice, 3,27-33.

27- Patterson, L., & Welfel, E. (1993). The counseling process. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

28- Reid, W. (1998). The paradigm and long-term trends in clinical social work. In R. Dorfman. Paradigms of clinical social work (Vol. 2, PP. 337-351). New York: Brunner/Mazel.

29- Rowe, C., & Maclsaac, D. (1986). Empathic attunement: The technique of psychoanalytic self psychology. Northmale, NJ: Aronson.

30- Shulman, L. (1988). Groupwork practice with hard to reach clints: A modality of choice. Groupwork, 1,5-16.

31- Sigelman, C., & Shaffer, D. (1995). Life-span human development (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

32- Strupp, H. (1996). Some salient lessons from research and practice. Psychotherapy, 33, 135-138.

33- Swenson, L. (1997). Psychology and the law (2nd ed.). Pacific Grove. CA: Brooks/Cole.

34- Weiss, J. (1993). How psychotherapy works. New York: Guilford.

35- Wirth, L. (1945). The problem of minority groups. In R. Linton (Ed.), The science of man in the world crisis (PP. 347- 372). New York: Columbia University Press.

36- Wolf, E. (1988). Treating the self: Elements of clinical self psychology, 63, 33-41.

37- Wolmark, A., & Sweezy, M. (1998). Kohut's self psychology. In R. Dorfman. (Ed.) Pardigms of clinical social work (Vol. 2, PP. 45-70). New York: Brunner/Mazel.

# فهرس الموضوعات


| الموضوع | الصفحة |
|---|---|
| الإهداء | ٣ |
| التقديم | ٥ |
| **الباب الأول** | |
| **(عملية البحث)** | |
| **الباب الأول: عملية البحث** | ١١ |
| **الفصل الأول: القضايا الفلسفية والمهنية والشخصية في البحث العلمي.** | (١٩-٥٢) |
| **القضايا الفلسفية** | ١٩ |
| ماهو البحث ؟ | ٢٠ |
| تعريف البحث | ٢٤ |
| البحث النظرى والتطبيقى | ٢٨ |
| ماهو العلم ؟ | ٢٩ |
| النماذج والثورات العلمية | ٣٥ |
| **قضايا اجتماعية وسياسية** | ٣٧ |
| **القضايا المهنية** | ٣٨ |
| نموذج العالم الممارس | ٣٩ |
| نموذج العالم التطبيقى | ٤٠ |
| التطورات الحالية | ٤١ |
| **قضايا شخصية** | ٤٢ |
| لماذا يقوم الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون والإرشاديون بالبحث ؟ | ٤٢ |

| الموضوع | الصفحة |
| --- | --- |
| الملخص | ٤٦ |
| مراجع الفصل الأول | ٤٧ |
| **الفصل الثانى: طرق التقرير الذاتى** | (٥٣-٩٠) |
| المميزات والعيوب | ٥٤ |
| المصطلحات الفنية | ٥٦ |
| صيغة الإدارة | ٥٧ |
| أسئلة ذات نهاية مفتوحة وذات نهاية مغلقة | ٥٩ |
| **طرق التقارير الذاتية الكيفية** | ٦٢ |
| المقابلة الكيفية | ٦٢ |
| عينة المقابلة | ٦٤ |
| دليل المقابلة | ٦٦ |
| أسلوب إجراء المقابلة | ٦٦ |
| مهارات إجراء المقابلة الكيفية | ٦٨ |
| **طرق التقرير الذاتى الكمية** | ٧١ |
| **خطوات فى إبتكار المقياس** | ٧٢ |
| تصميم الإستبيان | ٧٤ |
| التغطية المحورية والسياق | ٧٤ |
| صياغة البنود | ٧٥ |
| بناء مقياس الاستجابات | ٧٨ |
| وجهات الاستجابة | ٨٢ |

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|
| تجميع الإستبيان والنظر إلى الاستبيان | ٨٤ |
| تكامل طرق التقرير الذاتى الكيفية والكمية | ٨٤ |
| مراجع الفصل الثانى | ٨٥ |
| الفصل الثالث: أسس التصميم | (٩١-١٢٨) |
| التصميمات غير التجريبية | ٩٢ |
| التصميمات الوصفية | ٩٢ |
| تصميم الارتباطات | ٩٣ |
| الارتباط والسببية | ٩٦ |
| التصميمات التجريبية | ٩٨ |
| الإصطلاحات الفنية | ١٠٠ |
| تحليل صدق كوك وكامبل | ١٠١ |
| تصنيف كوك وكامبل لتصميمات البحث | ١٠٣ |
| التصميمات غير العشوائية | ١٠٤ |
| تصميم قبل الاختبار - بعد الاختبار لمجموعة واحدة | ١٠٥ |
| تصميم الاختبار البعدى فقط لمجموعات غير متكافئة | ١٠٩ |
| تصميم الاختبار القبلى (الاختبار البعدى لمجموعات غير متكافئة). | ١١٠ |
| تصميم سلاسل زمنية متقاطعة | ١١٣ |
| التصميمات العشوائية | ١١٤ |
| مجموعات الضبط والمقارنة | ١١٨ |

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|
| ضوابط بلا معالجة | ١١٨ |
| قيود عملية للعشوائية | ١٢٠ |
| الاستنتاج | ١٢٢ |
| مراجع الفصل الثالث | ١٢٣ |
| **الفصل الرابع: تصميمات باشخاص قليلين** | **(١٢٩-١٥٦)** |
| التقليدات المختلفة | ١٣١ |
| تصميمات تجريبية | ١٣٣ |
| الإجراء | ١٣٣ |
| تصميم (أ ب) | ١٣٤ |
| التصميم العكسى (أو أ ب أ ب) | ١٣٥ |
| تصميم الخطوط القاعدية المتعددة | ١٣٦ |
| تصميم معيار التغير | ١٣٨ |
| تحليل البيانات | ١٣٨ |
| التعميم | ١٣٩ |
| تصميمات دراسة الحالة الطبيعية | ١٤٠ |
| دراسة الحالة الروائية | ١٤٠ |
| دراسة الحالة المنهجية | ١٤٢ |
| تغيير العميل | ١٤٣ |
| العملية العلاجية | ١٤٤ |
| عمليات التغير | ١٤٥ |
| تصميمات السلاسل الزمنية | ١٤٦ |
| الاستنتاج | ١٤٦ |
| مراجع الفصل الرابع | ١٤٧ |

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

الباب الثانى

(عملية الممارسة)


| الموضوع | الصفحة |
|---|---|
| الباب الثاني: عملية الممارسة | ١٥٩ |
| الفصل الخامس: الأخصائى النفسى | (١٦١-١١٢) |
| أولاً: أساسيات الجودة فى تعليم الأخصائيين النفسيين المهنيين | ١٦١ |
| ١ - ثقافة مشجعة | ١٦١ |
| ٢ - منهج جامعى شامل وصارم | ١٦٥ |
| ٣ - كلية منتجة متنوعة ذات خبرة | ١٦٨ |
| ٤ - طلاب ذوو عقلية حادة مقدمو الرعاية وأذكياء | ١٧٠ |
| ٥ - مؤسسات ملائمة | ١٧٣ |
| برامج الأقسام | ١٧٥ |
| المدارس المهنية المستقلة | ١٧٧ |
| المدارس المهنية المؤسسة ضمن الجامعة | ١٧٩ |
| ٦ - كلية متكاملة للخدمة والبحث والتدريب | ١٨٠ |
| ٧ - وسائل فعالة لاعتماد الطلاب والتصديق على البرامج | ١٨٢ |
| ثانياً: تدريب المتخرجين الإكلينيكيين فى علم النفس | ١٨٥ |
| الكفاءات | ١٨٦ |
| القضايا الارتقائية فى تقييم الكفاءة | ١٨٧ |
| الهيئة الرئيسية للمعرفة | ١٨٨ |
| المهارات الإكلينيكية المتقدمة | ١٩٠ |

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|

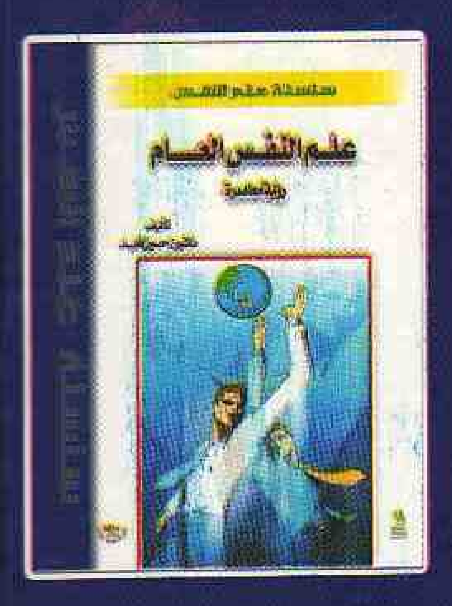
| ثالثاً: الضغوط لدى الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين | ١٩١ |
|---|---|
| إلى أى مدى يصاب الأخصائيون النفسيون بالأسى ؟ | ١٩٣ |
| من هم الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الأكثر تعرضاً للضغط ؟ | ١٩٤ |
| ماهى المصادر الرئيسية للضغط بالنسبة للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ؟ | ١٩٨ |
| ماهى استراتيجيات المواجهة المستخدمة بواسطة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ؟ | ٢٠١ |
| الملخص | ٢٠٤ |
| مراجع الفصل الخامس | ٢٠٥ |
| الفصل السادس:التقييم والتفسير والتشخيص الإكلينيكى(٢١٣-٣١٢) | |
| التقييم الإكلينيكى | ٢١٣ |
| المقابلات الإكلينيكية | ٢١٥ |
| المقابلة الإكلينيكية البنائية للتشخيص | ٢١٨ |
| قصور المقابلات الإكلينيكية | ٢٢٠ |
| الاختبارات الإكلينيكية | ٢٢٢ |
| خصائص الاختبارات | ٢٢٣ |
| الاختبارات الإسقاطية | ٢٢٩ |
| قوائم الشخصية | ٢٣٩ |
| قوائم التقارير الذاتية الضيقة | ٢٤٧ |
| الاختبارات النفسفسيولوجية | ٢٥١ |

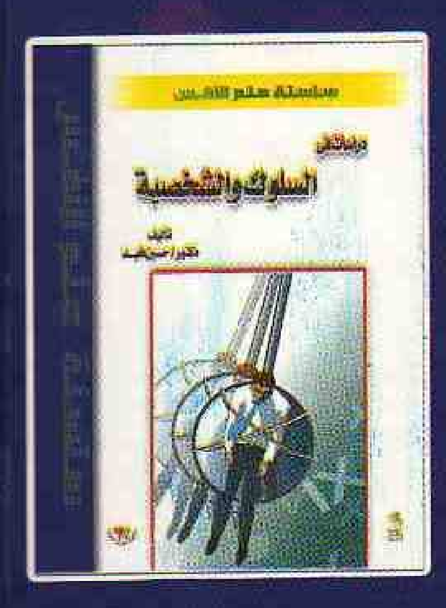
| الموضــــوع | الصفحـة |
|---|---|
| الاختبارات النفسعصبية | ٢٥٤ |
| اختبـارات الذكـــاء | ٢٥٧ |
| تكامل بيانات الاختبـار | ٢٥٩ |
| الملاحظات الإكلينيكية | ٢٦١ |
| الملاحظة الطبيعية والمركبة | ٢٦١ |
| مراقبة الذات | ٢٦٣ |
| التقييم الدينامى | ٢٦٥ |
| التفسير والحكم الإكلينيكى | ٢٦٨ |
| التشخيص | ٢٧١ |
| أنظمة التصنيف | ٢٧٢ |
| دليل التشخيص الإحصائى الرابع | ٢٧٤ |
| الثبات والصدق فــى التصنيــف | ٢٨٣ |
| مشاكل خاصة بســوء التفسيــر | ٢٨٧ |
| مخاطر خاصة فى التشخيص والتسمية | ٢٨٩ |
| الخلاصــة | ٢٩١ |
| مراجع الفصل السادس | ٢٩٣ |
| الفصل السابع: القياسات فى الممارسة الإكلينيكية | (٢١٣-٣٦٦) |
| مقياس مسح المزاج | ٣١٣ |
| قائمة بيك للاكتئاب الثانيــة | ٣١٥ |
| استبيان الخبرات الاكتئابية | ٣١٦ |
| استبيان حساسية القلـــق | ٣١٩ |

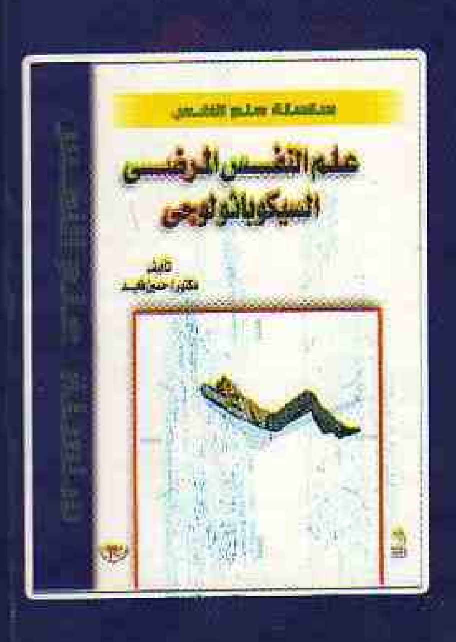
| الموضوع | الصفحة |
|---|---|
| مقياس القلق الإكلينيكى | ٣٢١ |
| مقياس الهلع | ٣٢٣ |
| مقياس الرهاب الاجتماعى | ٣٢٥ |
| مقياس فقدان الشهية العصبى | ٣٢٦ |
| مقياس الشره العصبى | ٣٢٧ |
| قائمة ويست هافن - يال للألم متعددة الأبعاد | ٣٢٨ |
| استبيان ماك جيل للألم | ٣٣٢ |
| استبيان خبرات التفكك | ٣٣٤ |
| مقياس ماك ميلان لتفكير الإدمان | ٣٣٦ |
| مؤشر الانغماس فى الكحول | ٣٣٧ |
| مؤشر الرضا الجنسى | ٣٣٨ |
| مقياس الضغط الإكلينيكى | ٣٤٠ |
| استبيان أحداث الحياة | ٣٤٢ |
| مقياس تأثير الحدث | ٣٤٤ |
| مقياس رتب تقدير الذات | ٣٤٦ |
| مقياس تقدير الذات | ٣٤٩ |
| استبيان شكل الجسم | ٣٥١ |
| استبيان تجنب صورة الجسم | ٣٥٣ |
| مقياس فاعلية الذات العام | ٣٥٥ |
| استبيان فاعلية الذات للتدخين | ٣٥٧ |
| مقياس تصور الانتحار | ٣٥٩ |

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|
| مقياس الكمالية | ٣٦٠ |
| مراجع الفصل السابع | ٣٦٢ |
| **الفصل الثامن: العلاج النفسى** | (٣٦٧-٤٢٤) |
| مقدمة | ٣٦٧ |
| الملامح الأساسية للعلاج النفسى | ٣٦٨ |
| **أولاً: العلاج السيكودينامى** | ٣٧٠ |
| التحليل النفسى الكلاسيكى | ٣٧١ |
| الانحرافات المعاصرة فى التحليل النفسى | ٣٧٣ |
| **العلاج النفسى الظاهراتى** | ٣٧٧ |
| العلاج المتمركز حول العميل | ٣٧٨ |
| العلاج الجشطالتى | ٣٨٢ |
| **العلاج السلوكى** | ٣٨٣ |
| تقنيات تعديل السلوك | ٣٨٦ |
| العلاج السلوكى المعرفى | ٣٩٢ |
| العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى | ٣٩٣ |
| العلاج المعرفى لبيك | ٣٩٥ |
| **العلاج الجمعى، الأسرى، الخاص بالأزواج** | ٣٩٧ |
| **طبيعة الخدمات النفسية العلاجية** | ٤٠٢ |
| الإجراءات | ٤٠٣ |
| موضوعات متعلقة بأتعاب العلاج النفسى | ٤٠٤ |
| العوامل الثقافية فى العلاج النفسى | ٤٠٥ |
| القواعد والحقوق فى العلاقة العلاجية | ٤٠٩ |
| مراجع الفصل الثامن | ٤١١ |

| الموضوع | الصفحة |
|---|---|
| الفصل التاسع: التحدى الخاص بمقابلة عميل جديد | (٤٢٥-٤٨٧) |
| سمات شخصية مساعدة | ٤٢٦ |
| تقدير الذات | ٤٢٧ |
| احترام الذات | ٤٢٧ |
| الاستيعاب المعرفى | ٤٢٨ |
| الوعى بالذات | ٤٢٨ |
| تفتح العقل | ٤٢٩ |
| التقمص العاطفى | ٤٣٠ |
| المرونة | ٤٣١ |
| الحدس وأخذ المخاطره | ٤٣٢ |
| الموثوقية والأصالة | ٤٣٢ |
| الصحة العقلية | ٤٣٤ |
| القضايا الثقافية | ٤٣٥ |
| قضايا أخلاقية وقانونية | ٤٤٣ |
| ملامح إكلينيكية | ٤٤٦ |
| قضايا بنائية | ٤٤٨ |
| بناء التفاعل | ٤٤٨ |
| بناء مواقف متحدية بشكل كامن | ٤٥٠ |
| تجميع البيانات | ٤٦٠ |
| التصور | ٤٧٣ |
| الإحالة | ٤٧٥ |
| التوثيق وحفظ السجلات | ٤٧٨ |
| الملخص | ٤٨١ |
| مراجع الفصل التاسع | ٤٨٢ |
| فهرس الموضوعات | ٤٨٩ |




# هذا الكتاب

علم النفس الاكلينيكى هو ذلك العلم الذى يهتم بتطبيق المبادئ النفسية التى تهتم أساسًا بالتوافق النفسى للأفراد.

اهتم هذا الكتاب بتناول الجانب البحثى فى مجال الإضطرابات العقلية فضلا عن الجانب التطبيقى فى تشخيصها وعلاجها.

مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع
١٤٤ ش طيبة - سبورتنج - الإسكندرية
ت: ٥٩٣٠٥٩٨٠ تلفاكس: ٠٣/٥٩٢٢١٧١
محمول: ٠١٢/٣٢٩٣٦٣٨٠ - ٠١٢/١٠٣٢٥٣١

مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع
٧ ش علام حسين - الظاهر - القاهرة
ت: ٧٨٦٧١٩٨٠ تلفاكس: ٠٢/٩٨٢٩٧٤٦
محمول: ٠١٢/١٠٥٣٣٠٩ - ٠١٠/٦٢٤٣٦٢٢